

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID



DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA

**ENFERMEDAD Y MEDICINA
EN LA OBRA DE FERNANDO SAVATER**

TESIS DOCTORAL

DE

ALFREDO ROSADO BARTOLOMÉ

DIRECTOR:

Dr. D. JOSÉ LÁZARO SÁNCHEZ

Mi más sincero agradecimiento:

- Al Dr. José Lázaro por su acertada dirección y su generosidad.
- Al Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la U.A.M. por su acogida.
- A María Jesús por su paciencia.



Facultad de Medicina
Departamento de Psiquiatría

D. José Lázaro Sánchez, Profesor Contratado Doctor en el Departamento de Psiquiatría, Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Madrid

CERTIFICA

Que la presente Tesis Doctoral, titulada «Enfermedad y Medicina en la obra Fernando Savater», del Licenciado en Medicina y Cirugía D. Alfredo Rosado Bartolomé, ha sido realizada bajo mi dirección en este Departamento y, encontrándola en condiciones para optar al Grado de Doctor, la considero apta para su presentación ante el Tribunal correspondiente.

Y para que así conste, expido el presente certificado

Madrid, 14 de mayo de 2009

A handwritten signature in blue ink, which appears to read 'J. Lázaro', is written over a horizontal line. The signature is fluid and cursive.

Fdo. José LAZARO

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN

I.1. Medicina y literatura.....	6
I.2. El ensayo como género literario.....	9
I.3. ¿Por qué Savater?.....	13
I.4. Estado de la cuestión.....	24
I.5. Objetivos.....	27
I.6. Material y método.....	29

PRIMERA PARTE. La droga y los límites de la autonomía personal

1.1. Consideraciones preliminares.....	36
1.2. La droga vista por Savater.....	40
1.3. El estéril debate sobre la droga.....	55
1.4. Programas de reducción de daños y defensa social.....	63
1.5. Las utopías de Savater.....	68

SEGUNDA PARTE. Algunos lugares comunes de la psiquiatría

2.1. Filósofos y psiquiatras.....	74
2.2. Enfermedad mental y anatomía patológica.....	88
2.3. Cordura o locura, ¿cuestión de grado?.....	92
2.4. Trastorno mental y creatividad.....	94
2.5. El psicoanálisis.....	109
2.6. Tratamientos psiquiátricos biológicos.....	118
2.7. Michel Foucault y la historia de la psiquiatría.....	127

TERCERA PARTE. Enfermedad, invención y pretexto

3.1. Cavilaciones sobre la enfermedad.....	138
3.2. Enfermedades descubiertas o inventadas.....	141
3.3. Crítica tradicional de la medicalización.....	147
3.4. Savater y los médicos.....	154
3.5. La medicalización hoy: el protagonismo del mercado.....	172
3.6. Una sociedad psiquiatrizada.....	177

CUARTA PARTE. Opiniones sobre el principio y el final de la vida

4.1. Puntualizaciones.....	185
4.2. Aborto y reproducción.....	186
4.3. Eutanasia y suicidio.....	200

CONCLUSIONES.....	207
-------------------	-----

APÉNDICES

A.1. Resumen biográfico.....	211
A.2. Bibliografía de Fernando Savater.....	214
A.2.1. Ensayo.....	214
A.2.1.1. Monografías.....	214
A.2.1.2. Publicaciones periódicas.....	215
A.2.2. Narrativa.....	219
A.2.3. Teatro.....	219
A.2.4. Otros géneros.....	220
A.2.5. Colaboraciones en medios de comunicación.....	220
A.2.6. Obras traducidas por F. Savater.....	221
A.2.7. Algunas traducciones de obras de F. Savater.....	222
A.3. Tabla I. Relación cronológica de textos de Fernando Savater relacionados con la enfermedad o la Medicina.....	223
A.4. Tabla II. Distribución de publicaciones periódicas con mayor número de colaboraciones de Fernando Savater (1974-2008).....	229

BIBLIOGRAFÍA

B.1. Fuentes.....	230
B.2. Bibliografía crítica.....	231

INTRODUCCIÓN

I.1. Medicina y literatura

Algunas de las obras literarias más conocidas y celebradas giran en torno a las enfermedades o la medicina. Es el caso de *La montaña mágica* de T. Mann, *El pabellón número seis* de A. Chejov o *La muerte de Ivan Ilich* de L. Tolstoi. Pero también otras creaciones cuyo argumento tiene una relación secundaria con la enfermedad o la medicina han dado lugar a numerosos estudios realizados desde el punto de vista médico aplicado desde diferentes puntos de vista.

Una manera, aparentemente sencilla, de encauzar estas investigaciones consiste en contrastar la verosimilitud de las descripciones de interés clínico que forman parte de la narración. Este segundo aspecto es con diferencia el más frecuentado por los estudiosos que se aproximan a la literatura provistos de bata blanca. Y como los narradores hablan de comportamientos humanos, ha sido inevitable que prestasen especial atención a los trastornos neurológicos y psiquiátricos. Limitándonos a la literatura en lengua española, en la copiosa obra de B. Pérez Galdós se han analizado las descripciones de episodios psiquiátricos y patologías neurológicas^{1,2}, los componentes neuropsiquiátricos en la elaboración de los personajes³ o las primeras descripciones en España de síndromes neurológicos.^{4,5} El caso de Galdós resulta singular dado el interés personal del escritor por la Medicina, que le hizo buscar incluso el asesoramiento en materia médica de Gregorio Marañón, a quien por esta razón apodaba amistosamente “la Facultad” o del pediatra Manuel Tolosa Latour⁶. Es propio de la novela realista acudir a descripciones más o menos exactas de la patología para dar verismo y

¹ Gómez Feria-Prieto, I., Soler Company, E. y cols. “Un trastorno delirante celotípico en una novela de Pérez Galdós.” *Informaciones Psiquiátricas* 1996; (144): 193-197.

² Álvaro, L.C., Martín del Burgo, A. “Trastornos neurológicos en la obra de Benito Pérez Galdós.” *Neurología* 2007; 22 (5): 292-300.

³ Ullman, J. C., G. H. Allison (1974). “Galdós as psychiatrist in *Fortunata y Jacinta*.” *Anales Galdosianos* 1974; IX: 7-36.

⁴ Morales, B., Maestre, J. F. y cols. “First description of myasthenia gravis in Spain.” *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1991; 54(9): 846.

⁵ Casado Naranjo, I., López Viñas, F. y cols. “Galdós y el primer caso de narcolepsia descrito en España.” *Revista de Neurología* 1996; 24 (136): 1.558-1.560.

⁶ Ortiz Armengol, P. *Vida de Galdós*. Barcelona: Crítica, 1995; p. 355 y 490.

salpimentar sus relatos^{7,8}. Así, otros autores sin un especial interés por la medicina también incorporan a sus narraciones episodios relacionados con la patología mental, como es el caso de Emilia Pardo Bazán^{9,10}. No obstante, este modo de analizar la literatura no se ha limitado a la novela decimonónica y se extiende desde autores del Siglo de Oro, como Lope de Vega¹¹ o Tirso de Molina¹², con especial atención a obras cervantinas como *La Galatea*¹³, *El licenciado vidriera*¹⁴ y, naturalmente, *El Quijote*¹⁵ hasta la literatura contemporánea, como es el caso de *Tiempo de silencio* de Luis Martín-Santos^{16,17}.

Otra vía para acercarse a la creación literaria consiste en utilizarla como testimonio histórico de las prácticas y conceptos médicos de antaño en un determinado contexto. Este procedimiento tiene el interés añadido de que puede permitírnos ver a través de los ojos de alguien ajeno a la profesión cómo fue percibida la enfermedad y a quienes se movían a su alrededor en otras épocas. Así encontramos investigaciones sobre la medicina o los médicos del Barroco en la obra de Quevedo¹⁸, en el conjunto de las creaciones de Cervantes¹⁹, sobre todo en *El Quijote*^{20,21}, en las novelas de Pérez Galdós^{22,23} o en las obras de Blasco Ibáñez²⁴. Mención aparte merecen los escritores que

⁷ Alberti López, L. "La medicina experimental y el naturalismo literario." *Asclepio* 1958; 10: 3-66.

⁸ Fernandez, P. "Scientia sexualis y saber psiquiátrico en la novela naturalista decimonónica." *Asclepio* 1997; 49 (1): 227-244.

⁹ Domenech Montagut, A. *Medicina y enfermedad en las novelas de Emilia Pardo Bazán*. Valencia: Centro Francisco Tomás y Valiente, 2000.

¹⁰ Domenech Montagut, A. *Género y enfermedad mental, trastornos psíquicos en las novelas de Emilia Pardo Bazán*. Córdoba: Universidad de Córdoba, 2001.

¹¹ Albarración Teulón, A. "La patología en el teatro de Lope de Vega." *Asclepio* 1952; 4: 407-535.

¹² David Peyre, Y. "Un caso de observación clínica en Tirso de Molina." *Asclepio* 1968; 20: 221-233.

¹³ Bailón Blancas, J. "Aproximación a la psicología y psicopatología en la novela *Galatea* de Miguel de Cervantes." *Psicopatología* 2000; 20(4): 317-331.

¹⁴ Barcia Salorio, D., Gayral, L. "Sobre la realidad clínica de *El licenciado vidriera* de Miguel de Cervantes." *Psicopatología* 1988; 8(4): 237-245.

¹⁵ Corral Márquez, R., Tabarés Seisdedos, R. "Aproximación psicopatológica a *El Quijote* (según la nosología psiquiátrica actual)." *Revista de la AEN* 2003; 22(85): 27-57.

¹⁶ Vallejo Ruiloba, J. "Análisis de los componentes afectivos en la novela de Martín-Santos." *Psicopatología* 1986; 6(1): 157-163.

¹⁷ González de Pablo, Á.. "El sentido de la enfermedad en la obra de Luis Martín-Santos." *Asclepio* 1998; 50(1): 79-102.

¹⁸ Villanueva Edo, A.. "Visión de la medicina barroca a través de algunos escritos de Francisco de Quevedo." *Gaceta Médica de Bilbao* 1982; 79(4): 263-272.

¹⁹ Villanueva Edo, A. "La medicina en la obra de Cervantes." *Gaceta Médica de Bilbao* 1979; 76(3-4): 271.

²⁰ López Méndez, H. "La medicina en *El Quijote*". *Actas Luso-Españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias Afines* 1971; 30(1): 35.

²¹ Granjel, L. S. "Los médicos ante el Quijote." *Medicina e Historia* 1976; (53): 7-26.

²² Granjel, L. S. "Personajes médicos en Galdós". *Cuadernos Hispanoamericanos* 1970-1971; (250-252): 656-663.

además eran médicos, en los que el valor documental de su creación está inevitablemente sesgado por consideraciones profesionales. En este caso, el interés de las descripciones clínicas o de los contextos asistenciales, por razones obvias, tiene menos interés. Dentro de la narrativa española, las obras más conocidas son las de Pío Baroja^{25,26}, Felipe Trigo²⁷ y Luis Martín-Santos^{28,29}.

Pero existe un tercer procedimiento para acercarse a la literatura desde el punto de vista médico, mucho menos transitado pero también más rico. Los dos métodos que hemos descrito, a los que podríamos denominar descriptivo y documental respectivamente, parten del concepto tradicional del médico como autoridad indiscutida o bien se basan en una imagen del profesional de la medicina como testigo de su tiempo, al margen del juicio que los propios galenos mereciesen para la sociedad de la época. Nos equivocáramos al suponer que las críticas hacia la medicina y sus artífices son algo reciente. Ya sea por medio de las criaturas de ficción o a través de la expresión directa de las opiniones del autor, podemos ver oscilar la apreciación social de los médicos y su ciencia a lo largo de los siglos, las más de las veces para ser duramente enjuiciados, aunque también hubo épocas en que el galeno fue ensalzado como representante del progreso y la modernización de España.

¿Encontraremos en la literatura de nuestros días alguna voz ajena a la profesión que con rigor intelectual y brillantez literaria se haya interesado por este antiguo oficio de intentar sanar y quienes lo practican? En esta memoria nos proponemos averiguar si Fernando Savater reúne estos requisitos, analizando primero en este preámbulo la herramienta con que ha elaborado la más extensa y brillante parte de su obra para seguidamente tratar de identificar las características de Savater que pudieran hacer de él un candidato adecuado para nuestro propósito. Pretendemos por lo tanto identificar y

²³ Amat, E.; Leal, C. "Muerte y enfermedad en los personajes galdosianos." *Asclepio* 1965; 17: 181-206.

²⁴ Estellés, A. "La medicina en las novelas sociales y valencianas de Blasco Ibañez." *Medicina e Historia* (2): 1971; 7-26.

²⁵ Peset, J.L. "Pío Baroja, ese pequeño buscador de almas". *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* 2007; XXVII (99): 161-167.

²⁶ Granjel, L. S. "La personalidad médica de Pío Baroja." *Asclepio* 1951; 3: 169-204.

²⁷ Granjel, L. S. "Felipe Trigo. Medicina y literatura." *Cuadernos de Historia de la Medicina Española* 1974; 13: 371.

²⁸ Vallejo Ruiloba, J. "Análisis de los componentes afectivos en la novela de Martín-Santos." *Psicopatología* 1986; 6(1): 157-163.

²⁹ Martín-Santos Laffón, L. "Últimos libros y semblanza de Luis Martín-Santos." *Norte de Salud Mental* 2006; (25): 105-108.

analizar las consideraciones relacionadas con la salud, la enfermedad y la medicina planteadas por un prestigioso e influyente intelectual en la medida en que podrían tener alguna repercusión sobre la educación sanitaria de los ciudadanos.

I.2. El ensayo como género literario

Antes de continuar, resultaría conveniente establecer qué clase de texto es un ensayo. Para el DRAE (22ª Edición) un ensayo es un “Escrito en el cual un autor desarrolla sus ideas sin necesidad de mostrar el aparato erudito” y también el “Género literario al que pertenece este tipo de escrito.” Como se da el caso de que un mismo texto puede aparecer en una publicación periódica de información general y en un colección de ensayos, el soporte de los escritos de Savater no nos permite diferenciar el artículo periodístico del ensayo académico. De forma que tendremos que buscar una definición de ensayo positiva: no nos basta con saber lo que *no es* un ensayo, sino que pretendemos identificar lo que caracteriza a este género literario.

No es este el lugar para entrar en consideraciones sobre el género ensayístico que escapan a nuestras posibilidades y que poco aportarían al tema que nos ocupa. Nos interesa, por el contrario, saber si las peculiaridades del ensayo le hacen apto para analizar su contenido desde un punto de vista médico, para lo cual buscaremos una definición lo más práctica posible.

Entre las definiciones de ensayo, una de las más corrientes consiste, basándose en su etimología, en considerarlo un “intento”, “esbozo” o “boceto”, lo que implica un matiz peyorativo de tal modo que se ha llegado a utilizar el adjetivo “ensayista” como una acusación: Unamuno no es más que un ensayista y Ortega, más que filósofo, es también un ensayista. Esta definición resulta criticable por que existen “intentos” o “esbozos” que no son ensayos: el denominado “Programa de Erlangen” en el que Felix Klein propuso en 1872 una serie de consideraciones innovadoras sobre geometría con gran trascendencia posterior. Por otra parte, el concepto de “intento” resulta ambiguo, pues la estructura del ensayo puede estar por encima de la interpretación que el propio autor hace de su texto, al que puede considerar una tentativa, tratándose realmente de una obra definitiva que no admite retoques.

Otra definición es la que proporciona el propio Ortega y Gasset en *Meditaciones del Quijote*: “exposición científica no acompañada de prueba explícita”. Esta definición, que también denota un carácter negativo, acogería los textos hoy conocidos como de divulgación científica en los que se omite la prueba por innecesaria.

Pasando a las definiciones positivas, el ensayo es ante todo una exposición discursiva y teórica, en el sentido de que se ocupa de una cuestión en la que es preciso utilizar definiciones, divisiones y argumentaciones, aun cuando todas ellas estén implícitas. Pero también se trata de una exposición literaria, al servirse de la semántica y la sintaxis propias de una lengua en una época histórica concreta:

“La temática del ensayo se recorta dentro de los límites de aquellos *tópicos* no técnicos que ‘todo el mundo’ entiende. Existe, por tanto, una evidente correlación entre la temática del ensayo y el lenguaje del público al cual se dirigen.”³⁰

Quizá una de las dificultades del género ensayístico radique precisamente en tratar de exponer teorías sin utilizar un lenguaje especializado e ininteligible para los no expertos en una disciplina concreta. Por este motivo el ensayo cae con frecuencia bajo la jurisdicción de los críticos literarios, más que de la crítica científica o filosófica. No obstante, aunque la ausencia de un lenguaje especializado dificulta tratar ciertas materias, no lo hace imposible, pero exige del autor cierta pericia expositiva para hacerse entender³¹.

Otro de los rasgos estilísticos propios del ensayo que *impiden* que sea un texto científico es que no admite demostración, aunque no por ello ofrece ideas arbitrarias. El ensayo tampoco utiliza demostraciones en un sentido filosófico:

“Las pruebas racionales explícitas que precisan los tratados de filosofía pueden estar tan solo implicadas o insinuadas en el género literario del ensayo.

El que hubiera argumentos fundamentales olvidados en la exposición conceptual

³⁰ Bueno Martínez, G. “Sobre el concepto de *ensayo*”. En: *El Padre Feijoo y su siglo*. Simposio celebrado en la Universidad de Oviedo del 28 de septiembre al 5 de octubre de 1964. Tomo 1, pp. 89-112; p. 99.

³¹ Monod, J. “El azar y la necesidad. Ensayo sobre la filosofía natural de la biología moderna”. Barcelona: Tusquets, 1981 (1ªEd.).

sería imperdonable en un tratado de filosofía. Sin embargo, tales olvidos no conllevan deterioro alguno ni crítica negativa respecto a lo expresado en una obra de ensayo.”³²

Queda por último un elemento esencial del ensayo, que es su carácter de escritura personal, lo que no es sinónimo de subjetividad. El género ensayístico inaugurado por Montaigne se caracteriza por hacer su aparición en la cultura Occidental durante el Renacimiento (nótese la ausencia de autobiografías en el Mundo Antiguo) en forma escrita y vinculado no solo a un cambio en las condiciones de creación sino también en las de transmisión de los propios textos, con la generalización del uso de la imprenta. Pero también es indispensable que el yo recogido en el texto sea su autor:

“No podemos, si queremos entender el entronque y coincidencias profundas de los géneros de la escritura del yo, de las Memorias, de la autobiografía, del diario íntimo, del ensayo, eludir por tanto la interdependencia que hay, en el proceso de constitución de la categoría literaria del yo, entre escritura, autor y obra, como espacios sin los cuales no se entiende la emergencia progresiva y consecuente de los géneros llamados autobiográficos y el hecho de que esa emergencia coincida con el Humanismo, en el arco que va del Dante y Petrarca y sus comentadores, hasta llegar a Montaigne.”³³

La novedad de la creación de Montaigne reside en el modo de tratar los asuntos, adaptado a los límites de su propio yo, límites de conocimiento, de capacidad o de conveniencia, donde importa menos el asunto que su perspectiva acerca de él. En el estilo ensayístico convergen pues la personalidad del autor, su manera de ser, con la manera no exhaustiva de abordar cualquier asunto sin apoyarse en autoridades, sino desde la perspectiva de su propia personalidad:

“Para mí la nota fundamental que aportaría una definición del Ensayo sería esta: la *tensión del discurso desde el autor*, la manera como el yo afirma su relieve en la orquestación de la forma.” [...] “Si por el contrario hacemos

³² Higuero, F.J. “Conceptualización intertextual de la voluntad de poder en *La tarea del héroe de Savater*”. En: Villegas, J. (Ed.). *Actas del XI Congreso de la Asociación Internacional de Hispanistas* (1992), Vol. IV; 212-210; p. 209.

³³ Pozuelo Yvancos, J.M^a. “El género literario *ensayo*”. En: Cervera V, Hernández B, Adsuar, M.D. “El ensayo como género literario”. Murcia: Universidad de Murcia, 2005; pp. 179-191; p. 185.

desaparecer la *tensión discursiva del autor*, no hay ensayo que resista el paso del tiempo, y por ello el valor literario de su forma no se dirime nunca en el compás de sus afirmaciones certeras o erróneas, sino en la *ejecución* de tales afirmaciones como arquitectura o mejor cimiento de la propia forma. Es así que el Ensayo compartiría con la lírica una temporalidad del Discurso que emerge como fuerza ejecutiva en el presente de su formulación y cobra desde ese presente toda su fuerza.”³⁴

Dicho brevemente, un ensayo es un intento personal de plantear o responder a una determinada cuestión sin aparato crítico y sin lenguaje especializado. En suma, es una opinión en el más noble sentido de la palabra. Pero, ¿acaso se expresan hoy las opiniones mediante ensayos? Primero la radio, luego la televisión y por último internet, con su inmediatez irreflexiva, han arrinconado el vehículo tradicional de las opiniones. Por otra parte, hoy se utiliza la expresión “ensayo” como cajón de sastre para referirse a todo lo que no es literatura de ficción. En estas condiciones, hay quien habla del ensayo como un género extinguido, a semejanza del epistolar, tan productivo para la historiografía y la literatura.

“La extinción del género ensayístico, su conversión en ‘no ficción’, sirve entonces para que comprendamos la cultura de la sociedad desalmada. Una cultura en la que las ideas no dejan rastro porque carecen de un soporte imperecedero que las haga circular o que permita dimensionar su nivel de aceptación o de influencia. Cultura no doctrinaria y al mismo tiempo indoctrinable, de imaginería y no de ideas, donde en lugar de explicaciones se promueven consignas y *slogans*.”³⁵

Estas consideraciones eran imprescindibles para caracterizar correctamente el material que pretendemos analizar. Sabemos que no son textos académicos y, por lo tanto, no deben analizarse como tales, pero tampoco son elucubraciones del autor. En nuestro caso, trataremos de conocer las ideas de un intelectual relevante relativas a la enfermedad y la medicina, cuyo interés radica en la influencia que pudieran tener tales conceptos en la opinión pública.

³⁴ Pozuelo Yvancos, J.M^a. “El género literario *ensayo*”; p. 187

³⁵ Lynch, E. “El alma de la opinión”. *Revista de Occidente* 1991; 116: 67-77; p. 76.

I.3. ¿Por qué Savater?

Tras examinar su profusa bibliografía, es evidente que Fernando Savater es ante todo un ensayista. Y este género, por carecer de un lenguaje especializado y por su pretensión de llegar a todos, en principio parece adecuado para nuestros fines. No buscamos ciencia, sino el punto de vista razonado de un escritor de primera fila que, por su interés en la ética y la educación, podría incluso influir en la idea de salud pública de sus lectores.

Cabe preguntarse, ¿se ha ocupado Savater de la enfermedad o los médicos en sus escritos? A principios de 1985 publicó bajo el título *Paradojas éticas de la salud*³⁶ un amplio ensayo en el que justificaba su interés por ciertos aspectos de la bioética:

“La recién aparecida bioética es así una rama cada vez más frondosa de la ética aplicada, dedicada a plantear y eventualmente solventar las dudas morales suscitadas por las alarmante posibilidades del desarrollo médico, genético, etcétera. Está comunmente admitido que la decisión última en torno a estas cuestiones no corresponde a los especialistas científicos implicados, sino que se requiere el consenso también de moralistas, jueces, personalidades religiosas y un largo etcétera.” [...] “Pero, ¿cuáles son los temas problemáticos de los que se ocupa preferentemente la bioética? Un somero examen ya revela que se agrupan en torno a los dos polos de la existencia humana, comienzo y fin.”³⁷

Y expresaba su desacuerdo con la nula relevancia de las opiniones del ser humano implicado en esas circunstancias del ciclo vital:

³⁶ Savater, F. “Paradojas éticas de la salud”. En: *El contenido de la felicidad*. Madrid: El País/Aguilar, 1986; pp. 141-161.

³⁷ Savater, F. *Ibíd.*, p. 142.

“Si nacimiento y muerte son los hitos más relevantes de la vida, incluso desde una consideración ética, ello indica que el punto de vista del individuo ya queda *ab initio* subyugado.”³⁸

Por lo que proponía prestar atención a otros aspectos:

“La ley de vida y su administración, es decir, la gestión adecuada -¿para la colectividad, para el individuo, para la especie?- de nacimiento y muerte son, como queda dicho, los temas primordiales de la teoría bioética. Sin que ninguna de las reservas hasta aquí expuestas descalifique en términos absolutos la pertinencia de estas indagaciones, examinaremos en el resto de esta nota algunas cuestiones que quedan entre ambos extremos de la trayectoria biológica.”³⁹

Las cuestiones mencionadas, algunas ya tratadas por nuestro autor antes de este ensayo y que darían lugar a otros textos, son fundamentalmente el concepto subjetivo de enfermedad, la naturaleza de la enfermedad mental y la drogadicción. Savater también se ha ocupado ocasionalmente del aborto, de las técnicas de reproducción asistida, la eutanasia o los posibles fundamentos biológicos de la ética.⁴⁰

¿Qué actitud tiene el autor cuando escribe sobre asuntos ajenos a su ámbito de conocimientos? En el prólogo de *Ética como amor propio*, donde se encuentran dos importantes ensayos referidos al tema que nos ocupa (“¿Enfermedad mental o enfermedad moral?” y “Tesis sociopolíticas sobre la droga”) nos lo explica el mismo Savater:

“Este no es un libro que trate de la interpretación de otros libros, como la mayoría de los que se escriben en nuestra era hermenéutica, sino que quiere funcionar a la antigua: versa sobre la cosa misma”⁴¹

³⁸ Savater, F. *Ibíd.*, p. 145.

³⁹ Savater, F. *Ibíd.*, p. 147.

⁴⁰ Savater, F. “Biología y ética del amor propio”. En: *El mundo que viene*. Madrid: Fundación José Ortega y Gasset / Alianza Editorial, 1994; pp.125-141.

⁴¹ Savater, F. *Ética como amor propio*. Madrid: Mondadori España, 1988 (1ª Ed.); p. 10.

En efecto, cuando nuestro autor utiliza conceptos de otros autores, como es el caso del psiquiatra y ensayista Thomas S. Szasz o del pensador Michael Foucault, les cita expresamente e incluso recomienda su lectura. Tal como reconoce con humor:

“A mi la idea de que hacer un trabajo de filosofía es una nota a pie de página, de una nota a pie de página, de una nota a pie de página de otra nota a pie página que escribió no sé quien... eso me parece que es una pérdida de tiempo. Es un trabajo de marquetería.”⁴²

Queriendo alejarse de la formalidad académica, el autor opina que lo mejor de su producción son sus artículos periodísticos:

“En muchas ocasiones me han preguntado si me siento ante todo filósofo, escritor, novelista, político... En realidad, de nada de lo que he hecho estoy tan convencido como en mi incurable vanidad aparente, salvo quizá de ciertos artículos que considero con toda objetividad realmente magistrales.”⁴³

Sin embargo, también señala que su actitud al escribir no es meramente estética:

“Ahora, es verdad que a mi me gusta escribir artículos porque creo, primero, que lo hago bien, y segundo, que tiene una utilidad social ... Pero el ágora moderna, donde se encuentra la gente, son los medios de comunicación. Entonces, si quieres hablar con la gente tienes que hacerlo en los medios de comunicación.”⁴⁴

Nuestro autor insiste en el afán de objetividad de sus textos:

“Yo me considero más en el lado de la filosofía, pero quiero dar una forma literaria a conocimientos que puedan resistir la discusión. No sólo me gusta decir una cosa porque me parece bonita, sino porque me parezca cierta.

⁴² Ávila, R. *El intelectual y su memoria*. Granada: Universidad de Granada, 2006; p. 41.

⁴³ Barnatán, M.R. *Fernando Savater contra el Todo*. Madrid: Anjana Ediciones, 1984; p. 110.

⁴⁴ Ávila, R. *El intelectual y su memoria*, p. 41.

Creo que la categoría de la verdad existe: es verdad que la Tierra es redonda y achatada por los polos, y no es verdad que sea cuadrada o plana. Intento decir algunas cosas que me parecen ciertas y trato de escribirlas de la forma más atractiva.”⁴⁵

Por lo tanto, podemos afirmar con fundamento que lo mejor de la producción de Savater es su obra como columnista, que las ideas vertidas en sus artículos son propias del autor cuando no indica su procedencia y que sus textos persiguen una intencionalidad social queriendo ceñirse a la realidad objetiva.

Termina Savater el citado ensayo *Paradojas éticas de la salud* expresando estas intenciones sobre los asuntos que acababa de tratar:

“Éstas son las cuestiones que uno quisiera ver también incorporadas a los debates bioéticos, demasiado centrados hoy en los orígenes y postrimerías de la vida, así como peligrosamente hechizados por los avances técnicos en cuestiones en las que aún quedan tantos principios esenciales por discutir.”⁴⁶

¿Puede leer todo el mundo a Savater? Difícilmente serviría su obra para nuestro propósito si sus consideraciones y juicios se limitaran al ámbito académico o profesional. Héctor Subirats, uno de los mejores conocedores de nuestro autor, confirma que Savater pretende y consigue llegar a todos:

“Savater es un experto en transmitir con precisión y fluidez todo aquello que la pedantería académica convierte en palabrería hueca. Dicho de otra manera, Savater consigue que lo que parece sólo para iniciados vuelva a la polis contribuyendo a profundizar el diálogo público de los ciudadanos”⁴⁷

Es posible encontrar varios volúmenes de Savater en cualquier biblioteca pública y como ejemplo de su éxito entre los lectores, baste mencionar la continua reedición de

⁴⁵ Cañeque, C.; Grau, M. *Cioran: el pesimista seductor*. Barcelona: Sirpus, 2007; p. 37.

⁴⁶ Savater, F. “Paradojas éticas de la salud”. En: *El contenido de la felicidad*. Madrid: El País/Aguilar, 1986; pp. 141-161; p. 161.

⁴⁷ Subirats, H. “Laudatio Savater”. *Araucaria* 2007; 9 (17): 76-81; p. 79.

Ética para Amador.⁴⁸ Nuestro autor quiere ser leído, no consultado, y aspira a ser entendido por todos:

“En una palabra, si algún mérito tienen mis libros anteriores y también éste (que en cierto sentido los recopila y quintaesencia), es el de servir de antídoto reflexivo contra la pedantería y la intimidación doctrinal.”⁴⁹

Savater es muy conocido como polémico articulista. Volviendo al DRAE encontramos el artículo periodístico definido como “Cada uno de los escritos de mayor extensión que se insertan en los periódicos u otras publicaciones análogas.” Y digamos cuanto antes que Savater ha combinado artículo y ensayo con notable maestría. En palabras de Francisco Umbral, antiguo compañero de nuestro autor en la revista *Triunfo*:

“Savater es el escritor que nace en el momento justo y en el sitio preciso. Le pone filosofía y rango a la utopía cuatrocaminera del PSOE; en el 82 encuentra en seguida su periódico y su editorial, y hasta una escritura que conjuga un pensamiento personal, atrevido, con una prosa que pasa del periódico al ensayo con naturalidad y fluidez, como en el caso de Ortega (perdón, pero era inevitable citarlo).”⁵⁰

Refiriéndose a las cualidades de nuestro autor como articulista, Arcadi Espada⁵¹ se expresa en estos elogiosos términos:

“Fernando es uno de los grandes escritores del siglo XX español, del siglo XX incluso, sin ninguna duda, pero no tiene tradición. ¿Quién hay detrás? ¿Qué artículos escriben hoy los periódicos?, ¿el casticismo navaja en mano, o navaja en la liga de algunos columnistas de *ABC*?, ¿el chocarrerismo de algunos déspotas, matones de la lengua, de *El Mundo*?, ¿esa lengua flácida como el

⁴⁸ El título de esta obrita hace alusión a *Amador*, hijo de Fernando Savater, recordándonos a otra, la *Ética para Nicómaco* de Aristóteles, dirigida también a su hijo. El estilo con que está escrita, didáctico y tratando de acercarse al lenguaje de los adolescentes, hace de ella un texto ideal para la asignatura de Ética en el Bachillerato. Esta circunstancia quizá explique su éxito editorial, al margen de la calidad literaria y el rigor de su contenido.

⁴⁹ Savater, F. *Diccionario filosófico*. Barcelona: Planeta, 1995, p. 38.

⁵⁰ Umbral, F. “Diccionario de literatura”. Barcelona: Planeta, 1995; p. 230.

⁵¹ Arcadi Espada es profesor de Periodismo en la Universidad Pompeu Fabra de Barcelona.

pensamiento, del *establishment* del diario *El País*? Esa escritura, que me interesa especialmente, no coincide desde luego con el periodismo al uso, ni con el columnismo, ni con la escritura de fondo ni con todo eso que ustedes pueden imaginar.”⁵²

Pero incluso cuando el contenido de sus escritos es criticado, como en el caso de una reseña poco favorable sobre *Ética como amor propio*, sus detractores no dejan de reconocer su maestría en el ensayo:

“En este último género, Savater sabe presentar con claridad su posición, su intuición, y suele desplegarla en forma circular, en una espiral casi orteguiana, haciendo que a cada paso, a cada vez, vayamos percibiendo todas las facetas de esa posición. Savater suele argumentar presentando reiterada y circularmente su posición, seduciendo al lector hacia la aceptación de aquello que se le presenta por la fuerza misma de la presentación que anula, de paso, cualquier objeción. Así, al final del ensayo, el lector entiende qué se le ha dicho porque sabe qué ha querido decir Savater, *dónde está él respecto a los problemas*. A partir de ese momento, el lector sabe a qué atenerse, cómo acordar o discrepar de lo que se le ha dicho; no hay trampa en el lenguaje”.⁵³

De hecho, el edificio literario creado por Savater se construye con dos materiales: el artículo periodístico y el ensayo, como él mismo reconoce preguntado por la dimensión su obra:

“... yo pensé escribir poco y ahora reparo en que he escrito muchos pocos a lo largo de mi vida. En verdad ninguno de mis libros es realmente grande, sistemático, orgánico, con 80 capítulos articulados entre sí. Siempre he escrito en base a pequeños bloques, tramos cortos que, a veces, juntos, formaban un

⁵² Espada, A. “Savater: escritor de periódicos”. En: F. Giménez García, E. Ujaldón Benítez (Coord.). *Libertad de filosofar: ética, política y educación en la obra de Fernando Savater*. Barcelona: Ariel, 2007 (1ª Ed.): 67-79; p. 73.

⁵³ Thiebaut, C. “¿Qué es egoísmo en ética?”. *Isegoria* 1990; 1: 170-175; p. 171.

tocho importante. Pero, vamos, que nunca se ha tratado de la *Fenomenología del espíritu* ni de la *Summa Theologicae*.”⁵⁴

Sin lugar a dudas, nuestro autor es mayoritariamente reconocido como uno de los mejores ensayistas vivos, a juzgar por la opinión que merece a otros profesionales de la escritura.⁵⁵

¿Significa esto que Savater es sólo –o nada más y nada menos– que un periodista? Para evitar la tautología, no insistiremos en que fue distinguido en 1982 con el Premio Nacional de Ensayo del Ministerio de Cultura por *La tarea del héroe*, pues, como suele decirse, ni entre los premiados están todos los que son, ni son todos los que están, y por que la talla de un escritor no se alcanza subiéndose a una pila de galardones. Y es que, en contra de la imagen generalizada que de él se tiene, Savater no es un filósofo en el sentido académico del término:

“Escribe siguiendo la tradición de muchos intelectuales españoles, como Unamuno y Ortega y Gasset, que filosofaron profusamente sin someterse a las exigencias necesarias para elaborar una contribución verdaderamente original a la disciplina”.⁵⁶

En estas condiciones, podría dudarse de que sea posible elaborar un sistema de pensamiento coherente sirviéndose del ensayo. Refiriéndose al cultivo de este género por los autores exiliados tras la Guerra Civil, Juan Marichal disipa nuestra incertidumbre:

“Precisamente uno de los más destacados ensayistas del exilio español – José María Ferrater Mora– ha escrito que ‘un pensamiento es, ante todo, su forma de expresión’. Ferrater (siguiendo, en cierto grado, a Eugenio D’Ors) contestaba, así, a los europeos transpirenaicos que habían identificado ‘pensamiento’ y ‘sistema’: esto es, como los españoles e hispanoamericanos no habían construido sistemas, similares a los germánicos, no habían

⁵⁴ Cechetto, S. “Reportaje a Fernando Savater.” *Lote* 1995: 26 (9).

⁵⁵ Gracia, J. (coord.), Ródenas de Moya, D. (coord.) “Razones y sinrazones de una última encuesta.” *Quimera* 2006; (269-270): 11-26.

⁵⁶ Gallagher, D. “Midnight toker”. *The Times Literary Supplement*, November 28, 2003; p. 28.

verdaderamente pensado. El mismo Ortega, en sus mocedades, había llegado a expresar la voluntad de pensar ‘sistemáticamente’. Más tarde, en cambio, casi formuló lo que Ferrater ve con nitidez: no es indispensable el *sistema* formal para pensar sistemáticamente, puesto que hay muchas formas de pensar con coherencia interna y con rigor sistemático.”⁵⁷

Nuestro autor confirma esta opinión:

“Yo no me siento un Filósofo (con mayúscula), y aún sigo teniendo respeto por las figuras que encarnan la filosofía. El filósofo tiene la obligación de cumplir con ciertos requisitos para entrar dentro de una tradición, y es por eso que utiliza un lenguaje específico, atiende a una problemática consagrada, se mide con algunos nombres reconocidos, etc. De alguna forma se siente eslabón de una cadena a la cual le debe fidelidad y respeto, y al mismo tiempo no está habilitado para *inventar* la filosofía en cualquier momento. Yo he sido más bien un *dilettante*, tal vez un *philosophe* a la manera francesa (con minúscula y ph).”⁵⁸

También nos advierte Savater de lo que debemos esperar de sus ensayos: escasas soluciones, pero no pocos motivos para recapacitar:

“Pero en un aspecto fundamental se parecen la ciencia y la religión, difiriendo en cambio la filosofía: las dos primeras prometen resultados, herramientas o conjuros para salvarnos de los males que nos aquejan (gracias a desentrañar los mecanismos de la Naturaleza o a la fe en Dios); la filosofía en cambio sólo puede ayudar a vivir con mayor entereza en la insuficiente comprensión de lo irremediable.”⁵⁹

⁵⁷ Marichal, J. “El auge del ensayo en la España transterrada”. *Revista de Occidente* 1991 (117): 5-11; p. 6.

⁵⁸ Cechetto, S. “Reportaje a Fernando Savater.” *Lote* 1995: 26 (9).

⁵⁹ Savater, F. *La vida eterna*. Barcelona: Ariel, 2007 (1ª Ed.); pp. 16-17.

Escapa a nuestras posibilidades determinar el valor de las posibles aportaciones de Savater en el terreno de la filosofía.⁶⁰ Pero este asunto es además irrelevante para nuestro propósito. Queremos dejar perfectamente claro desde este momento que no pretendemos analizar la obra de Savater considerado como pensador, sino como posible creador de opinión sobre asuntos sanitarios. No hay ningún demérito en ello, pues el propio autor ha reconocido no pocas veces que es la escritura –o más bien la lectura– su verdadera vocación. Refiriéndose a sus inicios como escritor tras ser expulsado de la universidad, afirmaba:

“Por añadidura, creo que sólo llegan a escribir bien quienes están demasiado ocupados haciéndolo como para obsesionarse por escribir, ante todo, *bien*. Por cierto que de aquí proviene la diferencia básica de mis obras con las que escriben la mayoría de mis colegas: yo soy un escritor que también da clases de filosofía, ahora que han vuelto a dejarme, pero ellos son profesores que escriben libros. Y eso se nota. Lo notan los lectores, sobre todo.”⁶¹

Al observar su trayectoria personal (Apéndice 1) apreciamos que nuestro autor carece de relación con la medicina, salvo la obvia que todos podemos tener como pacientes. Esta circunstancia, si por una lado nos conviene al eliminar la posibilidad de sesgos profesionales o tendencias corporativistas, por otro nos obliga a considerar que su falta de conocimientos médicos, aunque explicable, puede hacerse notar como una carencia cuando se refiere a ciertos asuntos desprovisto de los conocimientos necesarios. Así pues, no se trata de determinar sus conocimientos, sino de conocer las ideas que transmite a sus lectores.

Ya en este primer acercamiento somero a la figura de Savater hemos encontrado algunos paralelismos con José Ortega y Gasset: obra dispersa, estilo brillante, dominio del ensayo y el artículo periodístico y orientación filosófica de sus textos. Como ejemplo, comparemos la siguiente frase de la compilación de textos de Ortega publicada bajo el título *¿Qué es filosofía?*:

⁶⁰Martínez Gorriarán, C. “Fernando Savater y su obra: una actualización fundamental de la filosofía”. En: *Libertad de filosofar: ética, política y educación en la obra de Fernando Savater*. Coord. Por Francisco Giménez García, Enrique Ujaldón Benítez. Barcelona: Ariel, 2007 (1ª Ed.): pp. 119-143.

⁶¹ Savater, F. *Mira por donde. Autobiografía razonada*. Madrid: Taurus, 2003; p. 230.

“La ‘verdad científica’ es una verdad exacta, pero incompleta y penúltima, que se integra forzosamente en otra especie de verdad, última y completa, aunque inexacta, a la cual no habría inconveniente en llamar ‘mito’. La ‘verdad científica’ flota, pues, en mitología, y la ciencia misma, como totalidad, es un mito, el admirable mito europeo.”⁶²

Observemos ahora el siguiente párrafo de Savater, extraído de su *Diccionario filosófico*, en el que, refiriéndose a la científicidad de la filosofía, afirma:

“O ciencia o nada, se obstinan, no viendo que precisamente su plena identificación con la ciencia es lo que anularía irremediabilmente a la filosofía (me refiero sobre todo a la filosofía moderna, permanentemente acompañada y enfrentada con una ciencia dotada de métodos propios)”.⁶³

No obstante, queremos creer que nuestro autor no merecerá un juicio tan severo como el de José M^a López Piñero sobre Ortega y Gasset cuando éste hablaba de ciencia. Refiriéndose a la opinión del pensador madrileño sobre la manida “polémica de la ciencia española”, afirma el profesor López Piñero:

“Resultaba impertinente cualquier acercamiento serio y los que lo hicieron fueron ignorados o duramente descalificados por los mandarines culturales de turno. Esta conducta culminó en una serie de afirmaciones prepotentes de José Ortega y Gasset. Por una parte, ensalzó el burdo acercamiento histórico limitado a las ‘grandes figuras’ con una imagen de los científicos españoles como ‘seres de una pieza, que nacen sin precursores, por generación espontánea’. Por otra, basó la peculiaridad de la cultura española en una interpretación etnocéntrica de la europea ...”⁶⁴

Por último, es imprescindible señalar que un estudio equilibrado de la obra de Savater exige un perspectiva diacrónica. Es decir, considerar la fecha de cada texto para

⁶² Ortega y Gasset, J. *¿Qué es filosofía?*. Madrid: Espasa-Calpe, 1973; p. 59.

⁶³ Savater, F. *Diccionario filosófico*. Barcelona: Planeta, 1995; p. 23.

⁶⁴ López Piñero, JM. *Santiago Ramón y Cajal*. Valencia: Publicaciones de la Universidad de Valencia, 2006; Granada: Editorial Universidad de Granada, 2006; p. 9-10.

ubicarlo cronológicamente en su contexto y poder apreciar posibles cambios en su manera de pensar. A este respecto, señala nuestro autor:

“[...] si pensara en todo punto exactamente igual no hubiera tenido pretexto válido para seguir escribiendo. En nuestro país hay una curiosa superstición que desconfía de cualquier cambio de opiniones como señal de oportunismo venal (si las opiniones son políticas) o de incompetencia intelectual (si pertenecen al campo del conocimiento teórico). Hay quien dice ‘si se equivocó antes, también puede equivocarse ahora’, como si no fuese más probable que quien nunca cree haberse equivocado esté equivocado siempre”⁶⁵

Resumamos. Savater manifestó en un determinado momento un interés explícito por los algunos asuntos estrechamente relacionados con la salud. Sus ensayos o artículos periodísticos abordan todo género de temas, son abundantes, buscan llegar a todos, poseen una indudable calidad literaria y están dotadas de honradez intelectual pero no son ni pretenden ser textos científicos. Así pues, su obra parece satisfacer los requisitos para nuestro propósito de estudiar la recíproca influencia entre literatura y sociedad en asuntos relacionados con la salud, pues, en palabras de Umberto Eco, también es posible llevar a cabo un estudio científico “sin hacer uso de logaritmos ni probetas.”⁶⁶

Quizá no sea prudente hoy ir más allá ponderando los méritos literarios de Savater, pues, como él mismo reconoce al prologar a Unamuno:

“Suele decirse que los escritores más notables de una época, aquellos que durante su vida han recabado más intensamente la atención –aversión o fervor– de los contemporáneos, pasan al morir por un purgatorio de duración variable, una especie de puesta entre paréntesis que contrasta con su vehemente presencia anterior: acabado este período expiatorio, se instalan para siempre en la gloria de

⁶⁵ Savater, F. *La voluntad disculpada*. Madrid: Taurus, 1996, p. 12.

⁶⁶ Eco, U. *Cómo se hace una tesis*. Barcelona: Gedisa, 1998; p. 53.

los elegidos, en el limbo de los estudiados a pie de página en los manuales o en el infierno del puro y simple olvido.”⁶⁷

El tiempo dirá cual de ellos es el destino de nuestro autor.

I.4. Estado de la cuestión

Los temas tratados por Fernando Savater a lo largo de su extensísima producción son extremadamente variados (véase Apéndice 2, “Bibliografía de Fernando Savater”).

Existen dos antologías comentadas de la producción escrita savateriana que podrían servir para ofrecer una aproximación general a su obra: la de H. Subirats (ed.). *Misterios gozosos*, Madrid: Espasa-Calpe, 1995 y la de J. Sánchez Tortosa (ed.). *Pensamientos arriesgados. (Casi) todo Savater*. Madrid: La Esfera de los Libros, 2002 así como una obra colectiva de Giménez García, F. y Ujaldón Benítez, E. (Coord.). *Libertad de filosofar: ética, política y educación en la obra de Fernando Savater*. Barcelona: Ariel, 2007 (1ª Ed.).

También contamos con varias publicaciones en forma de entrevista que ofrecen una versión más personal del filósofo: M. R. Barnatán, *Fernando Savater contra el Todo* (Madrid, Anjana Ediciones, 1984); J. Arias, *Fernando Savater: El arte de vivir. Un diálogo apasionante sobre los temas más candentes de este fin de siglo* (Barcelona, Editorial Planeta, 1996) y F. Savater y J. L. Pardo, *Palabras Cruzadas. Una invitación a la filosofía* (Valencia, Pre-Textos, 2003); R. Ávila. *El intelectual y su memoria*. (Granada: Universidad de Granada, 2006).

Las principales publicaciones sobre el pensamiento de Fernando Savater se refieren, como era de esperar dada la posición académica de nuestro autor, al campo de la filosofía y la ética: J. Prado Galán, *Fernando Savater: Grandeza y miseria del vitalismo*. México: Universidad Iberoamericana, 2002; Saiz Aranguren, J.A. *La voluntad de excelencia. El proyecto ético en Fernando Savater*, (Tesis Doctoral),

⁶⁷ Savater, F. “Prólogo”. En: Unamuno, M. *Del sentimiento trágico de la vida en los hombres y en los pueblos*. Madrid: Alianza Editorial, 1997 (1ª Ed.); p. 7.

Universidad del País Vasco, 2003; Susaeta Montoya, F. *La conciencia trágica en Fernando Savater y José Antonio Marina*. Sta. Cruz de Tenerife / Las Palmas de Gran Canaria: Idea, 2006.

En el trabajo de Saiz Aranguren tampoco se abordan los aspectos relativos a la salud o la enfermedad en la obra de Savater. Busca este autor en su análisis profundizar en las razones que aporta Savater para una vida mejor, para lo cual se plantea la pregunta decisiva: ¿qué quieren las personas?:

“A responder en lo posible esta pregunta dedicaré el presente trabajo, dejando al margen otros temas interesantes, como son sus reflexiones sobre la salud, la recusación del deber de estar sanos impuesto de forma paternal por un Estado clínico, la despenalización del tráfico de drogas, la libre decisión sobre la interrupción del embarazo, el derecho a la objeción de conciencia, etc.”⁶⁸

Hasta la fecha, el único estudio dedicado expresamente a las reflexiones de Savater sobre asuntos relacionados con la salud es el de Israel José Pérez Calleja.⁶⁹ Este autor esboza una panorámica general de los puntos de vista del filósofo vasco sobre la despenalización del consumo de drogas, la práctica del aborto, la eutanasia y la clonación en humanos.

Refiriéndose al papel del Estado en lo relativo a la salud, Savater establece una distinción entre una intervención mediadora entre los ciudadanos (“Estado gestor”) y una actitud controladora (“Estado pastor”) y considera la represión del consumo y tráfico de droga como máximo exponente intervencionista de lo que denomina, influenciado por Thomas Szasz, el “Estado Clínico.” Savater hace una distinción entre la interpretación de la salud por los individuos como algo subjetivo, no cuantificable y susceptible de ser dilapidada al arbitrio de cada cual (“salud como experimento”) y la interpretación de la salud que hace el Estado, como un bien objetivo y medible, cuyo

⁶⁸ Saiz Aranguren, J.A. *La voluntad de excelencia. El proyecto ético en Fernando Savater*. Tesis Doctoral, Universidad del País Vasco, 2003; p. 26.

⁶⁹ Pérez Calleja, I.J. “Fernando Savater frente a la actualidad: ¿prohibido prohibir? o acerca de la despenalización frente al estado clínico.” *Araucaria. Revista Iberoamericana de Filosofía, Política y Humanidades*. 2007; 17: 56-57.

mantenimiento debe garantizarse por razones de productividad (“salud como funcionamiento”).

La documentación del trabajo de Pérez Calleja es excelente y totalmente respetuosa con los puntos de vista de nuestro autor, hasta el punto de que no aparece ni una sola puntualización, y mucho menos una discrepancia, respecto a lo dicho por Savater, al que expresa desde el principio su admiración de forma tan extrema que raya en la adulación (“...figura clave del pensamiento contemporáneo occidental y latinoamericano...”⁷⁰). Las pocas observaciones que pudieran parecer críticas originales del autor de la revisión resultan ser paráfrasis de las posturas políticas de Savater. No obstante, esta revisión permite asignar su importancia real a los textos objeto de nuestra investigación. Es decir, la producción de nuestro autor sobre estos asuntos es relativamente escasa dentro del conjunto de su obra y quizá este sea el motivo de la falta de estudios rigurosos sobre ella. Pérez Calleja también interpreta la falta de tales estudios dentro de la escasez general de investigaciones sobre la producción del filósofo vasco:

“Como quiera que una obra, tanto cuantitativa como cualitativamente hablando, tan significativa como es la de Fernando Savater no ha gozado, salvo escasas y honrosas excepciones, de la atención que merece (tan sólo se observa la aparición de breves artículos puntuales o someras recensiones críticas a rebufo de su penúltima publicación), parece lógico que su firme posicionamiento sobre asuntos como los aludidos, incluido el de la amenaza representada por el Estado clínico para la libertad personal, apenas haya sido abordado.”⁷¹

A través de la presente memoria trataremos de comprobar si el estudio de las consideraciones de Savater sobre temas sanitarios ha sido injustificadamente relegado o si, por el contrario, posee interés como tema de estudio.

En conclusión, podemos afirmar que en lo relativo a la salud, la enfermedad y la medicina, los textos de Fernando Savater están por analizar. Ese es el objetivo de la presente memoria.

⁷⁰ Pérez Calleja, I.J. “Fernando Savater frente a la actualidad.”; p. 55.

⁷¹ Pérez Calleja, I.J. *Ibíd.*; pp. 56-57.

I.5. Objetivos

Según vimos al describir las características del ensayo literario, la falta de un lenguaje especializado, de aparato crítico y de demostraciones en una escritura fuertemente personal no hacen de este género un material fácil de analizar desde un punto de vista médico. Esto no significa que las afirmaciones que encontremos sean irrelevantes para la medicina, sino que su interés no radica en lo que expresan abiertamente, sino en la actitud implícita hacia un asunto en el que la medicina puede tener algo que decir. Así ocurre con la extensa producción de Savater en defensa de la despenalización del tráfico y consumo de estupefacientes. Sería absurdo buscar en sus textos consideraciones técnicas relacionadas con la medicina, de la misma forma que carecería de sentido esperar del paciente que acude a nuestra consulta que nos proporcione una relación detallada de los signos físicos de su dolencia. Pero si le interrogamos cuidadosamente y con interés podremos avanzar mucho en nuestras pesquisas diagnósticas. En este caso, Savater nos proporciona los síntomas –siguiendo con el símil clínico– de un paciente que no es otro que la sociedad española de los últimos años, descrita desde el punto de vista del autor. Obviamente, sus explicaciones sólo nos permitirán conocer determinadas facetas. Así, habrá consideraciones ajenas por completo a la medicina y otras en que los conocimientos técnicos puedan ser decisivos. Incluso es posible que encontremos asuntos en los que la medicina puede aportar un punto de vista nuevo con el que nuestro autor no ha contado.

Es sabido que Savater siempre ha querido juzgar la actualidad incluso en ámbitos que profesionalmente le son ajenos. Su voz no es la del técnico, sino la del ciudadano que no quiere dejar de expresar su parecer sobre una situación que no comparte o lamenta. Esta es la actitud de escucha con que queremos emprender nuestro análisis, para la cual procederemos a los siguientes pasos:

- 1) Identificar los textos en la obra completa de Fernando Savater relacionados de alguna manera con la salud, la enfermedad y la medicina.
- 2) Concretar con toda la precisión posible los principales conceptos del autor sobre estas materias.

- 3) Analizar desde el punto de vista médico si sus afirmaciones están justificadas basándose en la bibliografía técnica.
- 4) Intentar determinar si sus opiniones podrían tener alguna influencia desde el punto de vista de la educación sanitaria.

Al mismo tiempo que llevamos a cabo esta tarea de filtrado, intentaremos ordenar las opiniones de Savater. Es decir, vamos a tratar de establecer una jerarquía en las consideraciones de nuestro autor, clasificándolos en tres apartados:

A) Consideraciones encuadrables en grupos de opinión establecidos. Es el caso de la posición antiprohibicionista de nuestro autor respecto al consumo y tráfico de drogas a la que se ha referido Pérez Calleja y que citamos en “Estado de la cuestión”. Savater no es, ni mucho menos, el único que defiende esta postura. Entre los partidarios de la legalización suelen encontrarse personajes más conocidos que entre los defensores de la posición contraria. Es el caso de los literatos Gabriel García Márquez y Gore Vidal, economistas como Milton Friedman, criminalistas como Alexandro Baratta o José Luis Díez Ripollés o filósofos y amigos de Savater como Antonio Escotado, teóricos de la medicina como Thomas Szasz o instituciones como la revista británica *The Economist* o el español *Grupo de Estudios de Política Criminal*.⁷²

B) Ideas generalizadas entre los no profesionales de la medicina, lugares comunes que pueden o no coincidir con la realidad. A diferencia de las consideraciones de Savater sobre la droga, a las que ha dedicado expresamente algunos ensayos, estas otras nociones estarán dispersas a lo largo de su obra y requieren una búsqueda dirigida. Se trata de nociones compartidas por nuestro autor que se traslucen o se dan por entendidas en sus escritos, con escaso o nulo acompañamiento argumental.

C) Observaciones personales que pueden ser confirmadas o desmentidas mediante hechos observados por los profesionales de la medicina. Savater puede acertar

⁷² Méndez Baiges, V. “Reducir el daño o combatir el mal”. En: Casado, M. (Coord.). *Bioética, derecho y sociedad*. Madrid: Trotta, 1998; p. 205.

a expresar lo que es una percepción generalizada o una tendencia social en relación con la salud o la enfermedad.

D) Meras opiniones sin más valor que ser expresión del punto de vista personal de Savater.

Con esta clasificación queremos averiguar si los conceptos vertidos por nuestro autor en su obra ensayística son o no defendibles desde un punto de vista médico, pero también su grado de originalidad. Es decir, ¿los argumentos del filósofo vasco son propios? Y si no lo son, ¿quiénes son sus inspiradores? Nuestro objetivo será, en pocas palabras, calibrar la solidez y originalidad de las opiniones de Fernando Savater en lo relacionado con la enfermedad y la medicina.

I.6. Material y método

En el presente estudio se analizó la obra completa de Fernando Savater, obviamente en su lengua original, desde su primer libro, publicado en 1970 hasta la actualidad, en busca de referencias a la enfermedad, la salud o la medicina. El material localizado se presenta en la Tabla I (Apéndice 3).

La posibilidad de analizar desde el punto de vista médico las publicaciones de Fernando Savater surgió del hallazgo de ensayos con títulos como “Paradojas éticas de la salud” y de artículos periodísticos como el que lleva por encabezamiento “La medicina, ¿ayuda o coacción?”. Ciertamente, no cabe esperar de un catedrático de filosofía escritos técnicos sobre la salud y la enfermedad. Sin embargo, a la vista de la multitud de temas tratados por este autor y dada su copiosa producción, no es descabellado comprobar si se ha ocupado con alguna extensión de la enfermedad o la medicina. Cuando afirmamos que su producción es abundante quizá fuimos demasiado prudentes: desde sus primeras colaboraciones en el diario *Madrid* y en la revista *Triunfo*, la masa de artículos y ensayos que ha publicado es tan enorme que su recopilación y clasificación justificaría por si misma un trabajo de investigación. Únase a esto el hecho de que, como veremos, Savater ha escrito para numerosísimas revistas y periódicos, tanto en España como en América Latina. Por eso, a pesar de nuestro afán de agotar el material sobre el tema que nos ocupa, no puede excluirse la posibilidad de

que en alguna revista de escasa difusión o en un libro colectivo exista un texto de interés que haya escapado a nuestras indagaciones, aunque es muy improbable que contenga diferencias significativas respecto a lo revisado. Es decir, hemos hecho un búsqueda que, desde el punto de vista del contenido, se puede considerar exhaustiva.

En una primera fase, revisamos manualmente el contenido de la totalidad de la bibliografía de Savater en busca de textos relacionados directa o indirectamente con la medicina, utilizando las primeras ediciones de sus obras, según se recoge en “Bibliografía” (A.2.1.1.- Monografías).

La segunda fase consistió en la recopilación de colaboraciones en el diario *El País*, la cual se vio facilitada con el uso de un sistema informático de búsqueda en línea de acceso libre que comprende los contenidos de este periódico desde su fundación en 1976 hasta la actualidad (véase “Bibliografía”, A.2.1.2.- Publicaciones periódicas).

Para localizar más textos en otras publicaciones introdujimos como criterio de búsqueda el nombre del autor en los siguientes recursos accesibles en línea.

- Dentro de las Bases de Datos del Consejo Superior de Investigaciones Científicas, se consultó (9 de abril de 2008) el recurso Bases de datos de Sumarios, que ofrecen información bibliográfica básica contenida en la bases de datos del ICYT (Ciencia y Tecnología), ISOC (Ciencias Sociales y Humanidades) e IME (Biomedicina): Contienen la producción científica publicada en España desde los años 70 y son accesibles gratuitamente en la dirección www.csic.es. Recogen fundamentalmente artículos de revistas y de forma selectiva actas de congresos, series, compilaciones, informes y monografías. Todos los registros se obtuvieron en la base de datos ISOC, producida por el Centro de Ciencias Humanas y Sociales (CCHS) del CSIC, extrayéndose 79 referencias (consultado el 9 de abril de 2008).
- Base de datos COMPLUDOC de artículos de revistas en bibliotecas de la Universidad Complutense de Madrid (<http://europa.sim.ucm.es/compludoc/>). Se recuperaron 59 referencias (consultado el 9 de abril de 2008).

- Base de datos DIALNET (acceso a través del portal de la Universidad de la Rioja, www.unirioja.es), que comprende artículos de revistas, artículos de monografías colectivas, tesis, libros y documentos de trabajo publicados en España en cualquier lengua o publicados en español en cualquier país, con predominio de las ciencias sociales, económicas, jurídicas, humanidades y ciencias de la educación. Se recuperaron 79 referencias (consultado el 9 de abril de 2008).

El resultado de las búsquedas en bases de datos se recoge en la Tabla II (Apéndice 4). Una vez identificadas las publicaciones periódicas más frecuentadas por nuestro autor, buscamos otras colaboraciones en los índices de estas revistas. La totalidad de las referencias localizadas se recogen en el apartado “Bibliografía”, (A.2.1.2.- Publicaciones periódicas).

Esta forma de proceder, que en principio parece un sistema rápido y exhaustivo para identificar textos de interés, exige sin embargo una lectura cuidadosa de textos que en principio parece no tener nada que ver con nuestra indagación y no excluye pasar por alto publicaciones de interés. Esto se debe a que el título de los artículos periodísticos no siempre orienta sobre su contenido. Pongamos un ejemplo: bajo el jocoso neologismo de “Pulpables”⁷³ aparece un texto sobre el concepto de enfermedad. Y el título “Padres nuestros”⁷⁴ no se sigue de un artículo sobre el aborto o las técnicas de reproducción asistida, sino de un texto sobre la drogadicción.

También resultó imprescindible la lectura de material dentro de contextos que nada tienen que ver con nuestra investigación, en los que podemos encontrar alusiones esporádicas con algún interés. Así, en *Humanismo impenitente*, Savater considera que la única forma de inmortalidad posible es la que se obtiene integrándose en los valores de una determinada cultura, planteamiento que la modernidad ha pretendido sustituir por otro basado en el progreso técnico ilimitado:

“Prometeo es el recuperador de la llama de la vida por medios científicos, por el despliegue vigoroso y hasta devastadoramente impío del progreso

⁷³ Savater, F. *Diccionario filosófico*. Barcelona: Planeta, 1995 (1ª Ed.); pp. 127-133.

⁷⁴ Savater, F. *El País*, 18-01-93.

técnico.” [...] “...la obsesión por la salud y la seguridad, reclamadas de los poderes públicos como derechos prioritarios que nunca se garantizarán de manera suficientemente efectiva, etc.”⁷⁵

No obstante, olvidándonos de alusiones esporádicas de este tipo, creemos que la práctica totalidad de los escritos de Savater relacionados con nuestro tema de estudio están recogidos en la Tabla I (Apendice 3). Afirmamos esto basándonos en la forma de proceder del autor, que plasmamos en dicha tabla. Es decir, en la mayoría de los casos Savater elabora textos sueltos que luego agrupa en forma de antologías. Es razonable suponer que aquellos escritos que volvió a publicar sean los que consideró más satisfactorios.

Este forma de actuar nos obligó a comprobar que el contenido de las diferentes versiones publicadas con un mismo título era idéntico. Por último, también fue necesario comprobar que un mismo texto no había sido publicado con diferente título (situación identificada en un único caso).

Como Savater no ha recopilado de forma sistemática su manera de pensar sobre los temas de nuestro interés, y con frecuencia sus artículos suscitan polémicas, expondremos sus argumentos siguiendo en lo posible dentro de cada tema el orden cronológico con que aparecieron en las publicaciones periódicas en que vieron la luz la mayoría de ellos e incluiremos las respuestas, críticas o favorables, suscitadas entre los lectores del diario *El País* en el que colabora nuestro autor desde la fundación de dicho periódico en 1976. Muchos de estos artículos periodísticos han sido agrupados y publicados en forma de libro, con las observaciones y particularidades que se indican en la Tabla I (Apendice 3). También hemos empleado algunos prólogos de obras cuyo autor no es Savater. Su interés radica en el valor que nuestro autor atribuye a este tipo de introducciones:

“Siempre me han gustado los prólogos, para mi en el fondo los ensayos son un largo prólogo sin libro.”⁷⁶

⁷⁵ Savater, F. *Humanismo impenitente*. Barcelona: Anagrama, 1990 (1ª Ed.); pp. 175-186; p. 182.

⁷⁶ Barnatán, M.R. *Fernando Savater contra el todo*. Madrid: Anjana Ediciones, 1984; p. 110.
Ávila, R. *El intelectual y su memoria*, p. 21.

Aparecen asimismo en nuestra Tabla I textos de conferencias, aunque lamentablemente, alguna de ellas se ha perdido por las razones que explica el propio Savater interrogado sobre si las lee o las improvisa:

“Durante mucho tiempo las he leído, normalmente. Luego me di cuenta que a la gente le cuesta más seguir una conferencia leída y que a la vez se siente forzosamente fuera de ellas, y que tras leer algo tan acabado, tan pensado, no tienen ya nada que decir. De ahí que ahora prefiera improvisar, me resulta más pedagógico.”⁷⁷

De esta forma, resultan irrecuperables aquellas conferencias que no fueron grabadas o transcritas, con títulos y temas tan interesantes para nuestro tema de estudio como “La invención personal de la salud”, impartida en Madrid en la Fundación de Ciencias de la Salud el 21 de Octubre de 2004, su intervención en el seminario sobre el genoma humano organizado por la UIMP en agosto de 1990 (*El País*, 08-08-90).

Por último, también utilizaremos material procedente de algunas entrevistas de las numerosísimas que ha realizado, pero que no incluimos entre las referencias de la Tabla I al no haber salido de la pluma de Savater.

Reiteramos que algunos artículos aparecidos en publicaciones de información general pueden haber quedado al margen de nuestra investigación. Pero no parece probable que los ensayos de mayor calidad aparecieran en semanarios de información general (*Cambio 16, Interviú*) ni cabe esperar que, de ser así, no fuesen rescatados en alguna recopilación.

En la presente memoria hemos analizado aquellos aspectos tratados por Savater y respecto a los cuales expresó su deseo de que formasen parte del ámbito de estudio de la bioética, recopilado para ellos todos los textos de este autor en que se ha ocupado de temas relacionados con la medicina o la biología. Para materializar este planteamiento, se siguió el método habitual en los trabajos de historia de la ciencia, con sus clásicas

⁷⁷ Barnatán, M.R. *Fernando Savater contra el todo*, p. 63.

fases heurística (recopilación del material descrito), crítica (estructuración y análisis valorativo del material) y hermenéutica (con la interpretación de las fuentes y discusión con otras interpretaciones recogidas en la bibliografía secundaria). Todo ello permitió alcanzar una serie de conclusiones, con las que se cierra la redacción del presente estudio.

Como ya señalamos, el período de tiempo que abarcan las publicaciones de Savater revisadas comprende desde sus primeros textos aparecidos a principios del decenio de 1970 hasta la actualidad e insistimos también en que son muy numerosas las publicaciones de toda índole en que ha colaborado, por lo que la recopilación que presentamos en el Apéndice 4 (Tabla II) es necesariamente incompleta. No obstante, el propio Savater reconoce un vínculo especial con el diario *El País*, en el que ha publicado muchos de los ensayos que hemos analizado:

“De modo que considero *El País* como algo mío, tan mío como pueda serlo de cualquier otro y más desde luego que de aquellos que sólo han puesto en él su dinero. A través de los años, creo haber contribuido a configurar en parte a los lectores que nos acompañan y esos lectores son la carne viva del periódico, sin los cuales queda reducido a humo y publicidad. Por eso cuando, tras algún desencuentro, voces no siempre desinteresadas me han aconsejado que lo dejara y me fuese a otro diario, siempre he contestado que no pienso abandonarlo voluntariamente, salvo que me pongan de patitas en la calle. Y si lo que escribo desazona hasta lo insoportable a algunos de los que forman parte de la casa... pues qué remedio, que se vayan ellos.”⁷⁸

La totalidad del material estudiado se obtuvo en las siguientes bibliotecas y servicios:

- Biblioteca de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Madrid.
- Biblioteca del Ateneo de Madrid.
- Hemeroteca Municipal.

⁷⁸ Savater, F. *Mira por dónde: Autobiografía razonada*. Barcelona: Taurus, 2003; p. 289.

- Biblioteca Nacional de España.
- Servicio de Obtención de Documentos, Agencia Laín Entralgo, Consejería de Sanidad de la Comunidad Autónoma de Madrid.
- Servicio de Documentación y Préstamo Interbibliotecario de la Universidad Autónoma de Madrid.

PRIMERA PARTE

La droga y los límites de la autonomía personal

“De lo que se trata es de educar, o sea de enseñar a vivir entre tentaciones.
Y las prohibiciones no enseñan a vivir: sólo enseñan a huir.”⁷⁹

1.1. Consideraciones preliminares

Es sabido que Fernando Savater ha dado su opinión sobre asuntos de toda índole, especialmente en el ámbito de la política y la literatura. Lamentablemente, como ya comprobamos en “Estado de la cuestión”, nuestro autor ha prestado una limitada atención a la salud y la enfermedad. Estos dos temas constituyen una pequeña parte, aunque no por ello menos interesante, de su producción ensayística. A su vez, dentro de esta parcela, la mayoría de sus textos se han centrado en defender su posición respecto a la penalización del tráfico y consumo de estupefacientes. Este asunto, junto a algunas consideraciones sobre la psiquiatría, el aborto y las técnicas de reproducción asistida, constituyen la totalidad de los temas tratados por Savater cuyo análisis tiene interés desde el punto de vista médico.

Entre 1985 y 1995 Fernando Savater publicó numerosos artículos y ensayos en defensa de la despenalización del tráfico y consumo de estupefacientes. De hecho, de los más de cincuenta trabajos que hemos localizado (Apéndice 3), veinticinco se refieren expresamente a la polémica sobre la drogadicción, sin contar las menciones dispersas en los restantes. La importancia de los escritos de Savater relativos a la droga no es solo cuantitativa, sino que, salvo contadas excepciones, la práctica totalidad de sus opiniones relativas a la salud, la enfermedad o la medicina no son sino argumentos, preámbulos o digresiones elaborados *ad hoc* para sostener su pretensión de justificar el

⁷⁹ Savater, F. “Los riesgos de la libertad”. En: *Libre mente* (Madrid: Espasa-Calpe, 1995; pp. 115-118; p. 118.

consumo de estupefacientes. Hasta tal punto es así, que nuestro autor no duda en sacar a relucir la despenalización de la droga cuando trata otras cuestiones. Así, podemos leer lo siguiente en un ensayo referido a la despenalización del aborto:

“El intentar decidir por ley lo que atañe a la elección moral de cada uno puede traer nefastas consecuencias sociales, como ocurrió con la prohibición de bebidas alcohólicas en EE UU y la ola de gangsterismo propiciado por la clandestinidad. En nuestros días, la prohibición de la droga ha tenido consecuencias semejantes.”⁸⁰

Esta reflexión no es tan extemporánea como pudiera parecer pues, como veremos, Savater defiende la despenalización de la droga y el aborto con un mismo argumento de carácter autonomista, presente de forma manifiesta o implícita en todos sus ensayos sobre los temas que nos ocupan, y que se puede resumir en su siguiente frase:

“La vida moral de cada cual es un problema suyo, y nunca dejará de ser su problema, por muchas leyes que traten de decidir por él.”⁸¹

No obstante, en otros contextos, su insistencia resulta poco oportuna, por no decir que no viene al caso. Así ocurre cuando, en su polémica sobre la enfermedad mental (Véase “Algunos lugares comunes de la psiquiatría”) alude a los psicofármacos y aprovecha para llevar el agua a su molino:

“Por otra parte, elogia el doctor Vallejo Ruiloba los psicofármacos, y me alegra oírle, porque después de eso no sé con qué derecho podría negar la licitud de las restantes drogas”.⁸²

No analizaremos aquí la obvia diferencia entre un medicamento y una sustancia de abuso, que cualquier ciudadano entiende, pero este ejemplo nos sirve para mostrar la tenacidad de Savater buscando argumentos para su personal cruzada antiprohibicionista.

⁸⁰ Savater, F. “Algunas falacias clericales sobre el aborto”. En: *Las razones del antimilitarismo y otras razones*. Barcelona: Anagrama, 1984 (1ª Edición), pp. 191-196; p. 192.

⁸¹ *Ibíd.*, p. 192.

⁸² Savater, F. “¿Salvación o salud?”. En: *Perdonadme ortodoxos*. Madrid: Alianza Editorial, 1986; p. 192.

El propio autor reconocía su insistencia en defender esta posición (“Me repetiré hasta que me escuchen”, afirmó, parafraseando a Voltaire⁸³) y la justificaba así:

“Yo veo dos razones para insistir todo lo que haga falta y ambas están relacionadas con la *higiene política*. En primer lugar, el problema mismo en sí, es decir, el injusto dolor privado y la indeseable perturbación pública causadas por productos adulterados, sobredosis, gangsterismo, asaltos, etc... En segundo lugar, se trata de un caso modélico de fabricación estatal de una ‘gran cuestión’ para por tal medio aumentar el control terapéutico-ideológico-policial sobre los individuos, fabricar un chivo expiatorio que a la vez alimente y purgue la siempre útil sensación de inseguridad social y colaborar con otro espantajo más al acervo de terrores que deben mantener unido al rebaño bienpensante contra las hordas del mal (sea éste la decadencia de occidente o la avidez de las multinacionales).”⁸⁴

En 1995 el asunto de la despenalización desaparece de los ensayos de Savater, sin que nos proporcione las razones para abandonar un empeño en el que tanto perseveró. No obstante, en una entrevista centrada en la creación del partido *Unión, Progreso y Democracia* en septiembre de 2007, al ser preguntado por la legalización de las drogas y en particular del cannabis, comprobamos que Savater mantiene su conocida posición:

“Yo, como muy bien sabes, soy partidario de la legalización del cannabis y del resto de las drogas, pero evidentemente también sé que eso tropezaría con una gran cantidad de problemas prácticos.”⁸⁵

Como vemos, su punto de vista no ha cambiado. Con el fin de explicar y defender sus pretensiones, Savater expuso repetidamente una serie de razones que trataremos de identificar. Aunque, como dijimos, este asunto le dio tema al menos –que sepamos– para dos docenas de textos, entre artículos periodísticos y ensayos, la realidad

⁸³Savater, F. “Últimas noticias sobre la droga”. En: *A decir verdad*. Madrid: Fondo de Cultura Económica, 1987 (1ª Ed.), pp. 136-141; p. 137.

⁸⁴ Savater, F. “La izquierda y la droga”. En: *Perdonadme ortodoxos*. Madrid: Alianza Editorial, 1986 (1ª Edición); pp. 194-197; p. 195.

⁸⁵ Savater, F. *Política razonable*. Madrid: Triacastela, 2008; p. 99.

es que las ideas que expone son muy pocas, aunque las presenta de diferentes formas y a menudo mezcladas o superpuestas. A pesar de haber compilado sus puntos de vista al respecto en ensayos con títulos tan ilustrativos como “Tesis sociopolíticas sobre las drogas”⁸⁶ (en el que da sus razones para legalizar los estupefacientes) o “El Estado Clínico”⁸⁷ (donde dice responder a las objeciones a la despenalización), lo cierto es que Savater nunca expuso sus argumentos de forma sistemática. Por lo tanto, y lamentando ser reiterativos, hemos agrupado la mayoría de los textos en que nuestro autor expresa la misma idea, despojándolo de su envoltura literaria, siempre tan brillante como es habitual en Savater, para facilitar su análisis.

Cada una de las siguientes secciones está encabezada por una afirmación que, sin ser una cita literal, resume con la máxima concisión cada una de las ideas de Savater, y va acompañada de algunos ejemplos de cómo la expuso el autor. No debemos perder de vista que con cada uno de estos asertos pretendemos condensar opiniones expresadas en un determinado momento, de manera que resulta necesario, para contextualizarlas correctamente, presentar las citas textuales que contenían esas opiniones siguiendo su sucesión cronológica a fin de poder identificar posibles cambios de parecer. Una de las cualidades de Savater es que no tiene inconveniente en reconocer que ha cambiado de opinión con el tiempo, como ya vimos en la Introducción (“¿Por qué Savater?”).

Por último, en el llamamiento final de sus “Tesis sociopolíticas sobre las drogas”, Savater nos permite saber que entre sus consideraciones no figuran –como es lógico– los aspectos biológicos o médicos del abuso de sustancias psicoactivas:

“Las tesis que proponemos aquí y el llamamiento final no se refieren más que a los aspectos sociopolíticos del asunto, entre los que se incluyen los que por general suelen llamarse con impropiedad ‘éticos’ simplemente por algún residuo de creencia religiosa.”⁸⁸

⁸⁶ En: *Ética como amor propio*. Madrid: Mondadori España, 1988; pp. 287-294.

⁸⁷ En: *Humanismo impenitente*. Barcelona: Anagrama, 1990 (1ª Ed.); pp. 127-146.

⁸⁸ Savater, F. “Tesis sociopolíticas sobre las drogas”. *Ética como amor propio*. Madrid: Mondadori España, 1988; pp. 287-294; pg. 288.

Es precisamente en las implicaciones sanitarias de los planteamientos de Savater donde centraremos nuestro análisis, empleando unos términos accesibles para nuestro autor, de la misma manera que él trata de que sus consideraciones lo sean para los que somos ignorantes en materia de filosofía. Trataremos, en suma, de hablar un lenguaje en el que pudiéramos entendernos en una imaginaria conversación.

1.2. La droga vista por Savater

El consumo de sustancias psicoactivas es una práctica inmemorial.

“En último término, los hombres se drogan para aprovechar / soportar / pasar el tiempo de su vida, tan breve y tan arduo. Condenar las drogas en general viene a ser como reprender a la condición humana por serlo: una tarea idiota e hipócrita, a partes iguales, que ciertos filisteos llaman, no sé por qué, moral.”⁸⁹

“La historia de las drogas es tan larga como la humanidad y paralela a ella. Lo específico de tener conciencia es querer *experimentar* con la conciencia.”⁹⁰

Savater olvida que experimentar supone controlar las condiciones en que se produce un fenómeno para comprenderlo. El control que se pueda ejercer y la capacidad de análisis bajo los efectos de un estupefaciente son obviamente discutibles.

“Las drogas han acompañado a los hombres desde la antigüedad más remota y es absurdo pensar que van a desaparecer en el momento histórico en el que es más fácil producirlas: precisamente lo que hay que hacer es acostumbrarse a convivir con ellas, sin traumas, sin prohibiciones puritanas, sin tentaciones diabólicas y con información responsable.”⁹¹

⁸⁹ Savater, F. “La incurable adicción a la droga”. En: *Instrucciones para olvidar el “Quijote”*. Madrid: Taurus Ediciones, 1985 (1ª Ed.); pp. 146-149; p.147.

⁹⁰ Savater, F. “Tesis sociopolíticas sobre las drogas”. En: *Ética como amor propio*. Madrid: Mondadori España, 1988; pp. 287-294; p. 288.

⁹¹ Savater, F. “Las drogas y sus exorcistas”. En: *Libre mente* (Madrid: Espasa-Calpe, 1995; pp. 113-115; p. 115.

De esta forma quiere nuestro autor justificar el consumo de sustancias, viniendo a decir que no son nada nuevo y sugiriendo que lo único que ha cambiado son las leyes que persiguen su tráfico y consumo. No obstante, el argumento de que la droga es una vía de escape ante la dureza de la vida es difícil de sostener a la vista de las dimensiones del consumo de droga en las opulentas sociedades occidentales, en las que disfrutamos de condiciones de vida nunca conocidas en la historia.

Cada persona puede hacer con su cuerpo lo que crea conveniente

“En último término, sea como fuere, ¿qué autoridad puede arrogarse nadie para prohibirle a otro un riesgo mortal asumido con conocimiento de causa?”.⁹²

“El derecho jurídico de *habeas corpus* hay que extenderlo a todos los aspectos de la libre disposición por el individuo de su cuerpo, de sus energías, de su búsqueda del placer y el conocimiento, de su experimentación consigo mismo (la vida humana no es o no debe ser más que *un experimento*), incluso de su propia destrucción.”⁹³

Como justificación final de estas afirmaciones, Savater explica cuál es, para él, el mejor aprovechamiento de la vida:

“En la vida como funcionamiento, lo importante es añadir años a la vida; pero si se la entiende como experimento, lo que cuenta es añadir vida a los años.”⁹⁴

La automedicación es un derecho.

“La gran cuestión actual respecto a la medicalización forzosa de la vida es el derecho a la automedicación, que debería ser añadido a los restantes

⁹² Savater, F. “La izquierda y la droga”. En: *Perdonadme ortodoxos*. Madrid: Alianza Editorial, 1986 (1ª Edición); pp. 194-197; p. 196.

⁹³ Savater, F. “Tesis sociopolíticas sobre las drogas”, p. 289.

⁹⁴ Savater F. “El Estado Clínico”. En: *Humanismo impenitente*. Barcelona: Anagrama, 1990, pp. 127-146; p 132; p. .

derechos humanos y con carácter de urgencia. El derecho a la automedicación incluye el libre acceso a todos los productos químicos y la libre invención por parte de cada cual de una salud –es decir, un buen estado de ánimo y cuerpo– a su medida, no a gusto de las meras exigencias productivistas del cuerpo máquina”.⁹⁵

Como vemos, Savater da un sentido a la palabra automedicación un tanto peculiar:

“El derecho a la automedicación y, por tanto, a la colaboración de cada cual en la invención de su propia salud es un derecho humano fundamental, del mismo rango que la libertad de expresión, de conciencia o de asociación, ni más peligrosa ni menos imprescindible. [...] Por supuesto, la automedicación abarca aspectos muy distintos -entre ellos, la opción por una muerte que sea coronación o remate de la vida activa y no desenlace de la prolongación mecánica de las funciones vegetativas-, pero la cuestión de las llamadas drogas es hoy tristemente central.”⁹⁶

“El uso e información de sustancias químicas es un derecho, que como todo derecho entraña riesgos y abusos pero no por ello dejar de ser reclamable, el derecho a la automedicación.”⁹⁷

Su idea de automedicarse va más allá, llegando a redefinir el papel de los prescriptores y dispensadores de psicotropos:

“La automedicación, ahora ya sin bromas, es un derecho elemental. Me parece muy bien que haya expertos a los que acudir en busca de consejo cuando se desea. Poder tomar cosas porque a uno mismo le parece que le van a sentar bien es un derecho fundamental.” [...] “Cualquier cosa sobre la que no tenemos control, de la que no sabemos qué estamos tomando, puede ser gravísima. Pero

⁹⁵ Savater F. “Paradojas éticas de la salud.” En: *El contenido de la felicidad*. El País/Aguilar, 1986; pp. 141-161; p. 160.

⁹⁶ Savater, F. “La medicina: ¿ayuda o coacción?”. En: *A decir verdad*. Madrid: FCE, 1987, pp. 142-146; pp. 144-145. .

⁹⁷ Savater, F. “El Estado Clínico”, p. 140.

conociéndola, disponiendo de información adecuada, ¿con qué derecho se le puede prohibir la automedicación a nadie? ¿Con qué derecho se puede impedir que cada cual busque el tipo de salud que le parezca más adecuado?”.⁹⁸

Nuevamente, Savater identifica los tratamientos paliativos con el uso de estupefacientes:

“Más directa, en cambio, me parece su responsabilidad en el secuestro de sustancias paliativas del dolor, que hoy, con la histeria persecutoria contra las drogas, se reservan exclusivamente para casos terminales..., y con mil prevenciones puritanas.”⁹⁹

Como vemos, Savater emplea la palabra automedicación de forma inadecuada. Parece desconocer –cosa impensable en él– la significación estricta del término “automedicar”, a saber: “Tomar un medicamento o seguir un tratamiento por iniciativa propia.”¹⁰⁰ Una medicina o medicamento es una “Sustancia que, administrada interior o exteriormente a un organismo animal, sirve para prevenir, curar o aliviar la enfermedad y corregir o reparar las secuelas de esta.”¹⁰¹ Como la utilización de estupefacientes a que se refiere Savater no es ninguna de las enumeradas, el término automedicación es inadecuado, pues pone en pie de igualdad la terapéutica farmacológica sin prescripción con el consumo de estupefacientes con fines recreativos.

La droga no es nociva si se consume a dosis adecuadas.

“ ‘¿Y las otras drogas, las duras, las malas de verdad?’. Dejemos de lado la hipocresía mojigata: numerosísimos líderes políticos, grandes capitanes de industria, artistas, profesores de universidad... y por supuesto policías y magistrados, toman habitualmente cocaína o heroína sin por ello hacer cosas más raras o reprobables que el resto de la población. No sé si tomar unas copas o pincharse de cuando en cuando mejora a nadie; admito que la salud pueda

⁹⁸ Savater, F. “Enfermos de salud”, p. 22.

⁹⁹ Savater, F. “¿Qué me pasa, doctor?”. *El País*, 29-11-1991.

¹⁰⁰ Avance de la 23ª Ed. del DRAE.

¹⁰¹ DRAE, 22ª Ed.

resentirse; pero el que cualquiera se convierta por ese medio en una piltrafa babeante de forma obligatoria es obviamente falso.”¹⁰²

Savater señala la asociación habitual, que no siempre existe, entre drogadicción y criminalidad:

“A veces se hace equivaler la despenalización de las drogas a legalizar el crimen, la violación o el secuestro. Evidentemente nada puede ser más distinto, pues estos delitos tienen como primer objetivo el daño a otro en beneficio propio, mientras que ninguna droga es en sí misma un mal, sino que puede llegar a serlo por las circunstancias de su uso.”¹⁰³

La idea de Savater sobre los efectos secundarios adversos de los estupefacientes es similar a la de margen terapéutico que utilizan los farmacólogos. Aunque en este caso el efecto terapéutico no existe:

“Se trata de un problema de dosis: uno se puede matar a base de cianuro o de huevos fritos, pero con el cianuro necesitará una cantidad mucho menor.” [...] “He conocido heroinómanos (casi todos ellos relacionados de un modo u otro con la profesión médica y por tanto con más fácil y seguro acceso al producto) que han practicado su rutina durante veinte y hasta treinta años, toda su vida”.¹⁰⁴

Para terminar, Savater parece razonar como Mitrídates VI Eupator, rey del Ponto (132-63 a. C.), quien por temor a ser envenenado consumía pequeñas dosis de venenos con la pretensión de hacerse inmune a ellos:

“Sin embargo, cuando se trata de sustancias químicas cambia totalmente la actitud. Una sustancia química es, en sí misma, totalmente neutral. No hay sustancias químicas buenas o malas en sí mismas, todo es cuestión de dosis.”¹⁰⁵

¹⁰² Savater, F. “La invención del drogadicto”. En: *Instrucciones para olvidar el “Quijote”*. Madrid: Taurus Ediciones. 1985 (1ª Ed.); pp. 142-145; p. 143.

¹⁰³ Savater, F. “Tesis sociopolíticas sobre las drogas”, p. 290-291.

¹⁰⁴ Savater, F. “El Estado Clínico”, p. 137.

¹⁰⁵ Savater, F. *Enfermos de salud*. Madrid: Elba, 1991; p. 14.

Los daños de la droga se deben a su situación de clandestinidad.

“Es la prohibición lo que convierte a la droga en droga y son las consecuencias de la prohibición las que han servido para inventar el mito del drogadicto. En gran parte de los casos los mayores males del usuario de drogas le vienen precisamente de la prohibición que las veda [...] ¿Qué se ha logrado con la prohibición de las drogas? No desde luego acabar con su consumo o tráfico, sino hacerlas más caras, más adulteradas y más *interesantes*: de un lado la rutina reprimida, de otro lo prohibido y peligroso...”¹⁰⁶

Savater parece pasar por alto los efectos propiamente psicoactivos de los estupefacientes, reduciendo su nocividad a la falta de control sanitario. Reduce así los problemas de la droga a sus aspectos sociopolíticos, los cuales, con ser muy importantes, no son los únicos. Así repite esta idea:

“Lo que en la droga se convierte en fuente de delitos no son sus efectos, sino su precio; no es un problema clínico ni una perversión moral, sino otro caso más de explotación económica. [...] El peligro público que determinadas drogas representan como factores de impulso a la delincuencia no se debe a los productos tóxicos en sí mismos, sino a la prohibición que pesa sobre ellos y a la innoble mafia que se beneficia de tal situación.”¹⁰⁷

Así pues, nuestro autor parece creer que la regulación legal del consumo de droga resolvería el problema:

“Si el Estado pretende realmente que la droga mate lo menos posible, lo que debería hacer es levantar la prohibición y controlar su calidad. Y su precio. Es la falta de un control mínimo sanitario lo que mata en la droga. ¿Cuánta gente moriría por sobredosis o adulteración de la heroína si ésta se vendiera en la

¹⁰⁶ Savater, F. “La invención del drogadicto”, p. 144.

¹⁰⁷ Savater, F. “La incurable adicción a la droga”. En: *Instrucciones para olvidar el “Quijote”*. Madrid: Taurus Ediciones, 1985 (1ª Ed.); pp. 146-149; pp. 148-149.

farmacia, con debidas garantías y un prospecto claro explicando su dosificación?.”¹⁰⁸

Savater ha expresado repetidamente su confianza en la bondad de la legalización de la droga:

“Lo que seguirá sin decirse es que el gran negocio de la droga -y, en cuanto tal negocio, origen de adulteración y crímenes- es su *prohibición*.”¹⁰⁹

“Una nueva mercancía a la venta, pues, sin garantía de origen, ni instrucciones de uso, ni control de precio: el 98% de los que mueran por su culpa serán víctimas no del producto en sí, sino de la clandestinidad que ha rodeado su adquisición y cuyo misterio quizá les ha impulsado a consumirlo.”¹¹⁰

“¿Alguien cree de veras que un negocio fabuloso nacido precisamente de la prohibición de determinadas sustancias que ya firman parte de los deseos de mucha gente y de la persecución de la venta de algo que quiere ser comprado va a ser liquidado, aumentando la prohibición y la persecución? Si las bandas de *gánsters* han nacido para aprovecharse de un tabú, cuanto más tabú, más provecho de los *gánsters*.”¹¹¹

“El problema de la droga es el problema de la persecución de la droga. El uso de drogas no es sencillo y expeditivamente un *peligro* a erradicar (el peligro estriba en su prohibición, su adulteración, la falta de información sobre ellas y la preparación para manejarlas...”¹¹²

“El servicio militar obligatorio creará problemas mientras sea obligatorio, no por ser militar; las drogas ilegales seguirán siendo un problema insoluble

¹⁰⁸ Savater, F. “El año Szasz”. En: *Perdonadme ortodoxos*. Madrid: Alianza Editorial, 1986 (1ª Ed); pp. 179-186., p. 184.

¹⁰⁹ Savater, F. “Droga e ideología”, p. 201.

¹¹⁰ Savater, F. “Últimas noticias sobre la droga”. En: *A decir verdad*. Madrid: FCE, 1987 (1ª Ed.), pp. 136-141; p. 138.

¹¹¹ Savater F. “La cruzada de las drogas”. En: *A decir verdad*. Madrid: Fondo de Cultura Económica de España, 1987 (1ª Edición); pp. 147-150; pp. 147-148.

¹¹² Savater, F. “Tesis sociopolíticas sobre las drogas”, p. 289.

mientras sean ilegales, no por ser drogas. [...] El verdadero *abuso* referido a las drogas es el que cometen quienes las proscriben, no quienes las toman”.¹¹³

Savater se pregunta por las razones de la ilicitud de la droga y de la falta de información sobre ella. Sostiene que la prohibición no es sólo una actitud interesada sino también contraproducente que facilita precisamente lo que quiere pretende evitar:

“Las respuestas tienen siempre algo en común: mientras ciertas sustancias estén prohibidas y por tanto su venta (y sobre todo su falsificación) sea un negocio fabuloso, el llamado problema de la droga seguirá siendo irresoluble y esta nueva encarnación moderna del Mal permanecerá gloriosamente invicta. Pero no sólo la fuerza de las drogas proviene del negocio de lo prohibido sino también, psicológicamente, de la *tentación* de lo prohibido.” [...] “¡Cuánta propaganda han logrado hacerle a las drogas quienes las prohíben y quienes las persiguen!”.¹¹⁴

“El hecho esencial es éste: las drogas hoy prohibidas *no* fueron ilegalizadas por la cantidad de muerte que causaban, por las vidas y familias que destrozaban, por el negocio criminal que representaban; fueron prohibidas por razones políticas o religiosas y *después* de prohibidas causaron muchas muertes, destrozaron muchas familias y dieron lugar a un colosal negocio gangsteril. Desde que la prohibición entró en vigor, el uso de drogas, el número de sus víctimas y el número de negocios legales o ilegales en torno a ellas *no ha dejado de aumentar ni un solo día*.”¹¹⁵

Constatamos que, aunque, ha repetido hasta la saciedad su idea de que la ilegalidad del tráfico es el aspecto esencial de los problemas de la droga, no ha insistido, sin embargo, en un asunto de gran interés práctico como es la diferenciación de los distintos tipos de drogas:

¹¹³ Savater, F. “Las drogas como abuso”. En: *Libre mente* (Madrid: Espasa-Calpe, 1995; pp. 111-112; p. 112.

¹¹⁴ Savater, F. “Las drogas y sus exorcistas”. En: *Libre mente* (Madrid: Espasa-Calpe, 1995; pp. 113-115; p. 114.

¹¹⁵ Savater, F. “Los riesgos de la libertad”. En: k Madrid: Espasa-Calpe, 1995; pp. 115-118; p. 116.

“Mientras la droga –es decir, múltiples sustancias diferentes englobadas bajo ese rótulo- siga prohibida en términos absolutos, vano es plantearse esta pregunta. La primera e indudable ventaja de la despenalización sería el ayudarnos a conocer un discurso *práctico* respecto a ciertas sustancias con las que vamos a tener que convivir, distinto al de la propaganda o al de la siniestrosis.”¹¹⁶

Savater tiene en este aspecto toda la razón, como se puede comprobar en la prensa de la época en que nuestro autor escribió la mayor parte de los textos que hemos citado. En efecto, la información periodística se centraba preferentemente en los aspectos más negativos del asunto.¹¹⁷

Los drogadictos no son enfermos.

“Pero, a todo esto, ¿quién o qué es un drogadicto? Alguien muy ingenuo respondería: “El que toma drogas”. Y entonces, inmediatamente, todos nos convertimos en drogadictos, pues todos tomamos o café o alcohol, o tabaco o cocaína, o Valium o anfetaminas, o té, o heroína o *ginseng*... Como verán ustedes, he evitado hablar de las drogas que se toman por razones médicas y sólo menciono las que se toman *por gusto*, para disfrutar más o mejor. Claro que muchas veces nuestro gusto está en la manía de curarnos o regenerarnos... pero dejémoslo así.” [...] “Un interlocutor más sutil y melodramático definirá al drogadicto como ‘quien se deja esclavizar por las drogas’. La esclavitud, eso sí que es grave: desdichadamente, no resulta tan fácil precisar quién es esclavo, quién aficionado, quién amigo íntimo o simple aliado táctico.”¹¹⁸

El propio Savater nos ilustra sobre lo que es una pasión desmedida y única mediante una cita de Spinoza. Está describiendo una cuadro de adicción:

¹¹⁶ Savater, F. “¿Vale la pena despenalizar?”. En: *Libre mente* (Madrid: Espasa-Calpe, 1995; pp. 121-123: pp. 121-122.

¹¹⁷ Frojan Parga, M.X., Rubio, P.; Peris, B. “La imagen de la droga en la prensa española (1988-1992)”. *Rev. Esp. Drogodep.* 1994; 19 (3): 191-204.

¹¹⁸ Savater, F. “La invención del drogadicto”, pp.142-143.

“Los afectos que cotidianamente nos asaltan se relacionan, por lo general, con una parte del cuerpo que es afectada más que las otras y, por ende, los afectos tienen generalmente exceso, y sujetan al alma de tal modo en la consideración de un solo objeto que no puede pensar en otros; y aunque los hombres están sometidos a muchísimos afectos –encontrándose por ello raramente alguien que esté dominado por un solo y mismo afecto- no faltan con todo hombres a quienes se aferra pertinazmente un solo y mismo afecto. Así pues, vemos algunas veces hombres afectados de tal modo por un solo objeto que aunque no esté presente creen tenerlo a la vista, y cuando esto le acaece a un hombre que no duerme decimos que delira o está loco”.¹¹⁹

El propio autor identifica lo patológico en este mismo sentido:

“Tanto la pornografía como el uso de ciertas sustancias pueden ser hábitos discutibles, en ciertos aspectos perjudiciales para la salud psíquica o física, pero no llegan a ser definitivamente nefastos hasta que se convierten en *obsesión*.”¹²⁰

No obstante, Savater niega la realidad patológica de la adicción y sólo quiere ver las circunstancias personales que llevan al abuso de la droga:

“Si el ‘drogadicto’ se porta de un modo anómalo o inadaptado pensamos que es por la ‘enfermedad’ de la droga. Si, lográsemos curarles serían ciudadanos productivos y útiles. Creer eso, en la mayoría de los casos, es como creer que si un fumador de cigarrillos analfabeto dejase de fumar se convertiría en Einstein.”¹²¹

“Por lo visto, hay quien cree que los cocainómanos van habitualmente echando espuma por la boca y lanzando estridentes carcajadas demenciales. ¿Sabe esa gente que el 80% de los rostros que ve en televisión, actores, presentadores, políticos, artistas, etcétera, sin excluir a prestigiosos financieros y

¹¹⁹ Savater, F. “¿Enfermedad mental o enfermedad moral?” En: *Ética como amor propio*. Madrid: Mondadori España, 1988 (1ª Ed.); pp. 274-286; p. 284.

¹²⁰ Savater, F. “Formas de hablar”. *El País*, 29-05-1989.

¹²¹ Savater, F. “El año Szasz”; p. 185.

dignos obispos, utilizan con mayor o menor frecuencia la cocaína, de acuerdo con lo que les permiten sus recursos económicos?”.¹²²

“Después de todo, estamos acostumbrados a oír que es mejor tratar a los drogadictos como *enfermos* que como *delincuentes*. Y de su *enfermedad*, naturalmente, no tienen la culpa ellos, sino la sociedad, los narcotraficantes, el Gobierno, la naturaleza, o lo que sea.”¹²³

Nuestro autor considera, con razón, que el consumo de droga no implica necesariamente el deterioro de la salud física y mental o de las relaciones sociales en sentido amplio. Pero quizá se extralimita al dar a entender que la drogadicción no es una patología. En cualquier texto de farmacología es posible encontrar una caracterización precisa de lo que Savater parece poner en duda.¹²⁴

El Estado no debe imponer a los individuos lo que han de hacer con su cuerpo.

“El Estado no puede decretar lo que es la salud de una persona contra la opinión o la voluntad de esa persona. Por lo mismo que la Iglesia no puede salvar a nadie a la fuerza”.¹²⁵

“Si un drogadicto no quiere curarse (si un pecador no desea arrepentirse, si un loco se empeña en que está cuerdo...) ¿qué otra prueba se requiere de la gravedad de su estado y de que hay que proceder contra él cuanto antes para devolverle por medio de la salud su verdadera *libertad*?”.¹²⁶

Fiel a su anticlericalismo, Savater no duda en equiparar los intentos de rehabilitación de los toxicómanos con la censura de la Inquisición, reproduciendo el paralelismo establecido por T. Szasz.

¹²² Savater F. “La cruzada de las drogas”. En: *A decir verdad*. Madrid: FCE, 1987 (1ª Ed.); pp. 147-150; p. 150.

¹²³ Savater, F. “¿Qué me pasa, doctor?” *El País*, 29-11-1991.

¹²⁴ Pérez-Accino Picatoste, C.; Velasco Martín, A. “Farmacodependencia”. En: Velasco Martín, A. *Introducción a la farmacología clínica*. Valladolid: Menarini, 1997; pp. 158-178.

¹²⁵ Savater, F. “El año Szasz”, p. 181.

¹²⁶ Savater, F. “La izquierda y la droga”. En: *Perdonadme ortodoxos*. Madrid: Alianza Editorial, 1986 (1ª Ed.); pp. 194-197; p. 196.

“Obviamente, esto no significa que sea bueno tomar ciertas drogas. Puede, con toda seguridad, resultar muy dañino. Pero si una persona ha de ser libre, debe tener el derecho a envenenarse y matarse. Y, efectivamente, lo tiene ahora con el tabaco, pero no con la marihuana; lo tiene con el alcohol, pero no con la heroína.”¹²⁷

“Según parece, se da por hecho que vivimos en un *Estado Clínico*, es decir, que el Estado tiene derecho irrestricto a determinar lo mejor para nuestra salud, mientras que ha perdido el que antes tuvo para marcarnos la pauta en lo político, lo religioso, lo artístico o lo alimenticio.”¹²⁸

“La persecución contra la droga es una derivación de la persecución religiosa: hoy la *salud física* es el sustitutivo de la *salvación* espiritual. Las drogas siempre fueron perseguidas por razones religiosas, pero ayer se les reprochaba sus efectos orgiásticos -es decir, los trastornos que producían en el alma y en las costumbres- y hoy los que causan en el cuerpo -enfermedades, gastos de reparación, improductividad, muerte- y en la disciplina laboral.”¹²⁹

“Tan totalitario es el intento de imponer desde arriba un tipo de salvación religiosa como lo es imponer un modelo de salud pública, aunque hoy ya no creamos en los controvertible dogmas teológicos y se hallen en cambio más asentados los no menos controvertibles dogmas médicos”. [...] “El Estado puede –y, a mi juicio, debe- ayudarme a sobrellevar o corregir si es posible los malos efectos de mi libertad, pero no puede prevenirlos nunca del todo sin esclavizarme”.¹³⁰

“¿Se debe prohibir el alcohol por que haya quien le dé por beberse ocho botellas de coñac y dos de lejía todos los días? ¿Deberemos prohibir el automovilismo porque haya quien conduzca de forma suicida en sentido

¹²⁷ Savater, F: “El año Szasz”, p. 183.

¹²⁸ Savater, F. “Tesis sociopolíticas sobre las drogas”, p. 289.

¹²⁹ Savater, F. *Ibíd.*, p. 289-290.

¹³⁰ Savater F. “El Estado Clínico”. En: *Humanismo impenitente*. Barcelona: Anagrama, 1990, pp. 127-146; pp. 131 y 132.

contrario? ¿Qué sentido tiene el hecho de que constantemente las personas estén dispuestas a dimitir de su libertad para que el Estado los supla?”¹³¹

“Puesto que el papel básico de la sociedad es conservar la vida de sus clientes (pero sin dañar para ello su irrenunciable libertad), parece oportuno que se informe a los ciudadanos del peligro que entrañan la heroína y las competiciones de Fórmula 1, el abuso del vino de Cariñena y la frecuentación de mujeres venales. También es de indudable interés público que haya instituciones médicas o la suficiente flexibilidad social como para que quien quiera desengancharse (de la droga, del terrorismo o de un fastidioso matrimonio) pueda disfrutar de esa posibilidad renovadora. Pero no creo que sea misión de la autoridad salvar a nadie de sí mismo ni normalizarle contra su voluntad.”¹³²

En resumen, según Savater, los motivos reales de la persecución de la droga no son de índole sanitaria sino moral:

“La Droga, se asegura, es causante de la *degradación moral* de la población. [...] Estos moralistas muestran unánimemente, un inmenso desprecio hacia la libertad humana, base de su dignidad: como ante la droga nadie puede ser libre, la única forma de garantizar la salud moral del pueblo es retirar la ocasión de pecado. La base de cualquier propuesta moral, que es precisamente el *dominio de sí*, no merece ni estudio: estamos condicionados por la irresistibilidad del mal.”¹³³

Según nuestro autor, las verdaderas razones de la prohibición son las siguientes:

a) Reduce la productividad económica de sus consumidores

¹³¹ Savater, F. *Enfermos de salud*. Madrid: Elba, 1991; p. 26.

¹³² Savater, F. “La incurable adicción a la droga”. En: *Instrucciones para olvidar el “Quijote”*. Madrid: Taurus Ediciones, 1985 (1ª Ed.); pp. 146-149; p. 148.

¹³³ Savater, F. “Tesis sociopolíticas sobre las drogas”, p. 293.

“A fin de cuentas, pocos se engañan respecto a la relación directa entre nociones como ‘salud pública’ o ‘ser útiles a la sociedad’ y la obligación instituida de producción y reproducción del sistema.”¹³⁴

“Pero es que aquello que *produce* se considera *necesario*, y por tanto justificado en sus pérdidas, mientras que lo que solamente *gasta y disfruta*, carece de justificación social por su derrochadora *gratuidad*: ninguna tesis puede ser más estrictamente totalitaria y antidemocrática que ésta.”¹³⁵

“El daño a la salud pública es el principal argumento *actual* contra las drogas, detallándose los muertos por sobredosis, horas de trabajo perdidas, gastos que producen a la hacienda estatal los drogadictos que quieren rehabilitarse, etc.” [...] “Lo cierto es que, por debajo de todas las racionalizaciones clínicas, la ancestral envidia al goce improductivo y no compartido debe seguir latiendo en la prohibición y en la histeria punitiva contra las drogas.”¹³⁶

Savater parece creer que las sociedades desarrolladas se sustentan de la nada. Se refiere constantemente a los derechos y prerrogativas individuales pero no a las obligaciones que impone vivir con los demás. El llamado estado del bienestar, pese a sus injusticias y mala gestión, es un avance social sin precedentes y requiere la colaboración de todos para subsistir. Y sirve, entre otras cosas, para sostener una sanidad pública, universal y gratuita que permite, por ejemplo, tratar a los drogadictos que han arruinado su salud.

b) Es un instrumento de control social

“Pero no hay que olvidar la utilidad que para el *control social* tiene además la existencia de la red mafiosa y policial en torno a los estupefacientes, las posibilidades de espionaje, registro, acusaciones en que lo moral y las ‘buenas costumbres’ encubren la maniobra de aniquilación política, el soborno,

¹³⁴ Savater, F. “Droga e ideología”. En: *Perdonadme ortodoxos*. Madrid: Alianza Editorial, 1986 (1ª Ed.), pp. 198-201; p. 200.

¹³⁵ Savater, F. “Tesis sociopolíticas sobre las drogas”, p. 290.

¹³⁶ Savater, F. “Tesis sociopolíticas sobre las drogas”, p. 291-292.

el chantaje, la delación comprada en especias, etcétera. Añádase a todo esto la invención científico-mítico-penal del drogadicto como chivo expiatorio posmoderno, y tendremos una de las prohibiciones más fecundas en consecuencias útiles al poder desde aquella famosa de la manzana en el primer jardín.”¹³⁷

“Desde la época de las grandes persecuciones de brujas y pogromos de judíos no se había visto semejante oleada de supersticiones, fulminaciones puritanas y medias verdades científicas como las que hoy circulan en tomo a las llamadas drogas.”¹³⁸

“Por esto la drogadicción, su fomento, su publicidad y sus espectaculares remiendos (que forman parte esencial de su fomento) es el nervio funcional del Estado Clínico”.¹³⁹

De ser cierta la explotación hipócrita de la drogadicción que Savater denuncia, habremos de admitir que, como herramienta de control social, deja mucho que desear. La, según él, contraproducente prohibición de la droga parece no disuadir a nadie.

“Administradores y administrados coinciden al menos en que la solución para todas las tentaciones es *prohibir* lo que nos tienta. Magnífica solución, en una sociedad de libertades individuales, de avances químicos o tecnológicos, de oferta comunicacional cada vez más imaginativa y, por tanto, más perversa. Nunca ha sido muy sensato suponer que las intervenciones meramente represivas pueden salvar a nadie de sus propios fantasmas, pero ahora resulta nítidamente demencial.”¹⁴⁰

c) Existen grupos interesados en mantener la prohibición

¹³⁷ Savater, F. “La invención del drogadicto”, p. 145.

¹³⁸ Savater F. “La cruzada de las drogas”. En: *A decir verdad*. Madrid: Fondo de Cultura Económica de España, 1987 (1ª Edición); pp. 147-150; p. 149.

¹³⁹ Savater F. “El Estado Clínico”, p. 134.

¹⁴⁰ Savater, F. “Padres nuestros”. *El País*, 18-01-1993.

“Los beneficios que produce el tinglado de la *prohibición* de la droga son tan grandes que parece del todo inútil insistir en oponerse a la versión canónica sobre el tema.” [...] “Si cada vez se producen más drogas ilícitas -o más ilicitud para proscribir sustancias, que viene a ser lo mismo- y aumenta el consumo en todo el mundo, ¿de qué éxitos se enorgullece este señor?”. Pues bien claro está: *precisamente de eso*, del aumento de producción y de consumo, del aumento de ilicitud y de burocracia en torno al tema, de este nuevo ramo de ocupaciones abierto a la declinante diplomacia, de que el tinglado no decaiga.”¹⁴¹

“Las drogas y su tráfico, ascendidos a mal absoluto de una sociedad en busca de chivos expiatorios y coartadas populistas, funcionan eficazmente como palanca para forzar el derecho, tanto nacional como internacional. Cualquier aberración jurídica o política, si se supone ‘eficaz’ contra el narcotráfico, es aceptada sin rechistar tanto por las derechas como por las izquierdas. La cruzada es tan estimulante que cada vez hay más ilustres damas y probos caballeros entregados al asunto de la droga: me refiero, claro está a políticos, señoras de políticos, obispos, señoras de obispos, médicos y policías de ambos sexos, educadores, re-educadores, re-re-educadores, jueces, deportistas, cantautores y quién sabe cuántos más.”¹⁴²

1.3. El estéril debate sobre la droga

Es sobradamente conocido que los argumentos a favor y en contra de la actual persecución del tráfico y consumo de droga se alinean hoy en dos posiciones irreconciliables. Y es evidente que, al menos en España, las opiniones de Savater a favor de la postura antiprohibicionista son de referencia obligada, aunque solo sea por su repercusión en los medios de comunicación e independientemente de la solidez de sus argumentos.

¹⁴¹ Savater, F. “Últimas noticias sobre la droga”. En: *A decir verdad*. Madrid: FCE, 1987 (1ª Ed.), pp. 136-141; p. 136-137.

¹⁴² Savater, F. “Las drogas y sus exorcistas”. En: *Libre mente* (Madrid: Espasa-Calpe, 1995; pp. 113-115; p. 113.

Después de leer las razones de nuestro autor, resultaría tan cómodo como estéril alinearnos a favor o en contra del prohibicionismo limitándonos a apoyar o combatir a Savater desde un punto de vista médico.

“No cabe duda que el primer problema que encontramos cuando nos acercamos a las drogodependencias es la fuerte carga emocional e ideológica que conlleva, lo que se traduce en posicionamientos dilemáticos casi a cualquier nivel en que nos ubiquemos. Estas opciones ‘límite’ se traducen en la confrontación de posturas como legalización *versus* penalización, programas libres de droga *versus* programas de sustitución, marginalización *versus* normalización, etc. Estos planteamientos, difícilmente reconciliables en algunas ocasiones, no facilitan el debate ni el consenso y además olvidan en muchos casos la extraordinaria complejidad del hecho al que nos enfrentamos.”¹⁴³

Victor Méndez Baiges¹⁴⁴ ha analizado este debate y lo caracteriza como tardío, surgido cuando ya existía una situación social consolidada y centrado en un esquema simple de “prohibición frente a legalización”:

“Esta polarización ha dotado a la discusión de un maniqueísmo considerable, haciendo que abunden en ella las acusaciones mutuas, las apelaciones sentimentales, los argumentos *ad hominem* acompañados, algunas veces, de la pura mala fe. Todo esto ha ayudado bien poco a la posibilidad de un acercamiento entre las diversas posturas”.¹⁴⁵

Este juicio se desprende de un equilibrado y documentado análisis que nos permite encuadrar a Savater en uno de los dos sectores en conflicto. Veamos cómo resume el profesor Méndez Baiges ambas posiciones. En primer lugar, la de los prohibicionistas:

¹⁴³ Morera Pérez, B. “Aspectos bioéticos de la asistencia al drogodependiente”. *Adicciones* 2000; 12(4): 515-526; p. 517.

¹⁴⁴ Victor Méndez Baiges es profesor de Filosofía del Derecho en la Universidad Autónoma de Barcelona.

¹⁴⁵ Méndez Baiges, V. “Reducir el daño o combatir el mal”. En: Casado, M. (Coord.). *Bioética, derecho y sociedad*. Madrid: Trotta, 1998; p. 185-220; p. 199.

“La principal virtud de la posición de los defensores de las medidas legales actuales es su percepción de que quizá en la sociedad moderna – caracterizada por la pérdida de vínculos tradicionales, por el consumismo, etc. – la adicción a ciertas sustancias puede generar un problema social grave que merezca la intervención de los Gobiernos. Su principal defecto estriba en que esta presunción a favor de un control social se mezcla en ellos con un apriorismo sobre la naturaleza y efectos de las drogas que les lleva a sostener una presunción conservadora a favor de la continuidad del actual tratamiento legal y en favor de las instituciones, ideas, esperanza y costumbres surgidas de la lucha contra la droga en el pasado inmediato.”¹⁴⁶

Y a continuación nos muestra también los más sólidos argumentos y puntos débiles del grupo de opinión en que se integra Savater:

“La principal virtud de los partidarios de la legalización de la droga es la de señalar la arbitrariedad de la definición legal de droga, dada la heterogeneidad de los diversos productos que se engloban bajo esta definición, y su sospecha de que sería muy extraño el que a tantos productos diferentes les conviniese un régimen legal uniforme a nivel mundial. Su principal defecto es que, una vez establecido este punto, dan la sensación de sugerir una medida única, la legalización, como lo conveniente para todas las sustancias psicoactivas, lo que es contradictorio con su afirmación anterior.”¹⁴⁷

En su análisis el profesor Méndez Baiges considera imprescindible abandonar planteamientos generales y posiciones maximalistas para buscar una posible solución:

“Para ello resulta necesario olvidar la cuestión sobre la amoralidad o inmoralidad de consumir drogas –cuestión muy discutible y en la cual la posibilidad de acuerdo es muy difícil– y buscar una forma de síntesis entre los otros dos puntos principales de la discrepancia”.¹⁴⁸

¹⁴⁶ Méndez Baiges, V. “Reducir el daño o combatir el mal”, pp. 208-209.

¹⁴⁷ *Ibíd.*, p. 209.

¹⁴⁸ *Ibíd.*, p. 208.

Sin embargo, esto no significa que las consideraciones de índole moral queden al margen. Más bien al contrario, la propuesta del Méndez Baiges se apoya en un planteamiento basado en una consideración con contenido ético que, a pesar de las apariencias, no es difícil de compartir.

“Si nos olvidamos de la cuestión de la moralidad del consumo de drogas, aceptamos de los partidarios de la legalización su afirmación de la pluralidad de las sustancias englobadas actualmente bajo el rótulo de ‘droga’ y de los partidarios de la prohibición su sugerencia de que quizá sea necesario, en algunos casos, tomar medidas gubernamentales para el control de la adicción, lo que nos queda es que los Estados en materia de sustancias psicoactivas, quizá deben intervenir con el fin de salvaguardar la salud individual y para proteger a los individuos de sus propios actos, aun a costa de entrometerse en la esfera de su autonomía personal”.¹⁴⁹

El propio Savater reconoce los perjuicios a terceros como excepción para restringir los derechos individuales. De hecho, el núcleo principal de su argumentos en relación con la droga no es otro que la delimitación de la libertad personal. De entre la maraña literaria de argumentos y replicas con que Savater nos inunda en sus ensayos y artículos sobre la droga, es posible destilar una idea central en torno a la que orbitan todas las demás:

“El derecho a hacer uno con su vida lo que quiera, incluido arriesgarla, disiparla o perderla, es una condición básica de la libertad democrática: el Estado no puede prohibirme que me autodestruya *porque no es mi dueño*. Los representantes del estado clínico en que vivimos no pueden admitir algo tan sencillo como que mi salud es ante todo un asunto mío, que sólo alcanzará dimensión pública en lo referente a las agresiones o amenazas que deseo explícitamente evitar o que yo puedo suponer voluntaria o involuntariamente para otros.”¹⁵⁰

¹⁴⁹ *Ibíd.*, p. 209.

¹⁵⁰ Savater F. “La cruzada de las drogas”. En: *A decir verdad*. Madrid: FCE, 1987 (1ª Edición); pp. 147-150; pp. 148-149.

“De modo que lo que algunos proponemos no es legalizar las llamadas drogas sino despenalizar su uso. ¿Con qué fin? Primero, para recuperar un derecho indiscutible de los seres racionales: el de hacer con sus vidas aquello que crean conveniente, siempre que no dañen directamente a otros.”¹⁵¹

Pero, ¿acaso es posible el consumo de sustancias psicoactivas sin perjudicar a terceros? Las repercusiones sociales de la drogadicción demuestran que tales daños son muy frecuentes. Expresado en la terminología propia de la bioética, estaríamos hablando ni más ni menos que del enfrentamiento entre los principios de autonomía y justicia:

“¿Es lícito que un sujeto utilice su propia libertad en su perjuicio? ¿Dónde se establecen los límites entre la ley y la autonomía individual? ¿Es moralmente aceptable que el derecho de conciencia y la libertad para el autogobierno sancionen la elección del autoabandono o por el contrario éste resulta una excepción injustificable a dicho derecho? ¿Debe la sociedad interferir en estos casos? ¿Hasta donde puede actuar la sociedad en la prevención del daño de terceros? ¿Tiene obligaciones la sociedad con un sujeto que no puede cumplir sus responsabilidades sociales por una elección libre? ¿Hasta donde puede asumir la sociedad costes sociales y sanitarios derivados de decisiones libres y autónomas?”¹⁵²

Vemos así que lo que parecía un planteamiento puramente práctico no solo no carece de implicaciones morales, sino que, por el contrario, es una fuente de interrogantes y perplejidades no siempre fáciles de resolver. De todos modos, impedir el daño a terceros parece un punto de partida razonable.

Volviendo a la argumentación de Méndez Baiges, este autor plantea una posición intermedia entre dos modos de pensar enfrentados, a la que denomina *paternalismo jurídico*. Suponemos que ante la palabra paternalismo Savater se rasgaría

¹⁵¹ Savater, F. “El disparate de las drogas”. En: *Libre mente*. Madrid: Espasa-Calpe, 1995; pp. 110-111; p. 110.

¹⁵² Morera Pérez, B. “Aspectos bioéticos de la asistencia al drogodependiente”. *Adicciones* 2000; 12(4): 515-526; pp.517-518.

las vestiduras¹⁵³, pero apelariamos a su paciencia y buen sentido para que nos dejase demostrar que tal paternalismo jurídico es el fundamento de las hasta ahora únicas intervenciones ante el fenómeno de la droga con utilidad sanitaria demostrable.

“El paternalismo jurídico, en su concepto más amplio, ha sido definido como el establecimiento de una regulación estatal dirigida a proteger a las personas de sí mismas. [...] El paternalismo jurídico, sin embargo, no ha de tener en cuenta necesariamente consideraciones morales y su esencia es la de considerar legítima una restricción legal de la autonomía de una persona sobre la base de la consideración del bienestar de esa persona.”¹⁵⁴

Nuestra ignorancia nos impide entrar en las particularidades con que la doctrina del derecho caracteriza a este tipo de planteamientos. Pero queremos señalar que la aplicación de criterios paternalistas a las medidas contra la droga no tienen la utópica finalidad de erradicar la drogadicción, sino tan solo evitar en lo posible los daños que genera respetando al mismo tiempo la autonomía individual. Por tanto no significa en absoluto aceptar las medidas antidroga que se han venido aplicando.

El propio Savater ha descrito, posiblemente sin saberlo, medidas de paternalismo jurídico al referirse a la prevención del SIDA:

“Por higiene debe recomendarse el uso de preservativo en las relaciones sexuales, por higiene debe educarse sexualmente a los jóvenes sin aspavientos ni remilgos (si se les enseña a manejar números o archivos, ¿por qué no se les va a instruir sobre las funciones eróticas de sus cuerpos cuando más lo necesitan?), por higiene debe prevenirse contra el uso múltiple de jeringas hipodérmicas, etc... Recomendar la castidad, en cambio, no es una medida higiénica, por lo mismo que recomendar no viajar en avión no es la solución adecuada para prevenir accidentes aéreos. ¿Y la moral no tiene nada que ver en este asunto? Claro que si, como en cualquier otro en el que están implicadas relaciones

¹⁵³ El 14 de enero de 1992 Fernando Savater impartió en la Fundación Juan March de Madrid la conferencia, titulada “La imposición del bien: el paternalismo ético”, en la cual afirmó de modo tajante que “Hipocresía y paternalismo siempre van de la mano.”

¹⁵⁴ Méndez Baiges, V. “Reducir el daño o combatir el mal”, pp. 209-210.

humanas. La moral pide responsabilidad, solidaridad y asistencia al que sufre, no ascetismo, prohibiciones ni persecuciones terapéuticas”.¹⁵⁵

Es obvio que, cuando se intenta disuadir del uso compartido de jeringuillas no se atropella la autonomía del adicto a drogas por vía parenteral. Como tampoco es una imposición arbitraria seguir ciertas normas de higiene pública que hoy nos parecen imprescindibles, aunque nuestros compatriotas del siglo XVIII no pensasen lo mismo, tal como caricaturescamente lo describe nuestro autor en la imaginaria misiva de una dama madrileña a Voltaire:

“Pues bien, el rey Carlos III [...] encargó las reformas a don Francisco Sabatini, un arquitecto español pero de origen y educación italiana que el rey trajo de Nápoles. Sabatini hizo construir alcantarillas, cloacas y excusados para catorce mil viviendas; ordenó que las basuras se colocaran en lugares determinados en lugar de arrojarse sin otros miramientos a la vía pública; dispuso construir aceras con cargo a los propietarios de las viviendas [...] prohibiendo el deambular por las calles de cerdos y otros animales; mandó instalar dos mil faroles públicos que despejasen un poco las tinieblas estigias de las noches madrileñas. También por aquellos días otro ministro oriundo de Italia, el marqués de Squillace (al que los castizos llamaron ‘Esquilache’) dispuso la supresión del embozo que desde siempre había solido llevarse por las calles y paseos, convertido ya en un auténtico disfraz que impedía reconocer a las personas y facilitaba los manejos de los salteadores. Tantos cambios causaron vértigo en el buen pueblo de Madrid, que se sentía feliz entre la mierda y las tinieblas.”¹⁵⁶

Pero lo más interesante para nosotros –y por fin llegamos al final del razonamiento– en la interpretación de Méndez Baiges es la importancia alcanzada por las consideraciones de carácter médico y sanitario, peso del que carecieron hasta hace no mucho, lo que sin duda suscitará todo tipo de sospechas entre Savater y su

¹⁵⁵ Savater, F. “La moral y el SIDA”. En: *Libre mente*. Madrid: Espasa-Calpe, 1995; pp. 149-152; p. 151-151.

¹⁵⁶ Savater, F. *El jardín de las dudas*. Barcelona: Planeta, 1997; pp. 68-69.

compañeros de opinión, a la vista de los poco gratos que nuestro autor ha aplicado a la salud pública (véase “Savater y los médicos”). Ante estas reticencias, hay que señalar que pretendemos acercarnos a la realidad y olvidar las ociosas generalizaciones ideológicas que se han prodigado en los dos bandos enfrentados a que venimos aludiendo:

“Situarse el problema de las drogas decididamente en el terreno del paternalismo protector de la salud pública supondría descender al detalle, a la explicación y a la justificación concretas en una materia que hasta ahora ha pecado de generalidad”.¹⁵⁷

Es decir, que ante la vía muerta a la que ha llegado la pugna teórica entre partidarios y opositores a la prohibición, es posible aplicar medidas de paternalismo que no choquen con la autonomía personal y que, añadimos nosotros, arrojen resultados sanitariamente cuantificables. Nos estamos refiriendo a los denominados Programas de Reducción de Daños, en adelante, PRR:

“Las políticas europeas de reducción de daños constituyen el mejor ejemplo del que disponemos de desarrollo de medidas de paternalismo jurídico-sanitario en el ámbito de las drogas y, aunque han sido llevadas a cabo sin una gran teorización detrás, han encontrado por lo general el apoyo de los expertos de la Administración que trabajan en el campo de la salud pública”.¹⁵⁸

¿En qué consistieron estas políticas? ¿Cuáles han sido sus resultados? Y lo que es más importante, ¿cuál fue la motivación para ponerlas en marcha? En este terreno, las consideraciones de tipo sanitario, no políticas ni filosóficas, resultaron decisivas.

¹⁵⁷ Méndez Baiges, V. “Reducir el daño o combatir el mal”, p. 214.

¹⁵⁸ *Ibíd.*, p. 217.

1.4. Programas de reducción de daños y defensa social

Los primeros PRR se pusieron en marcha en Holanda y Suiza a finales del decenio de 1970 y principios de la década siguiente, posteriormente seguidas por iniciativas similares en Australia y la RFA. En España, los PRR han consistido esencialmente en los programas de mantenimiento con metadona (PMM)¹⁵⁹, intercambio de jeringuillas¹⁶⁰ y programas sociosanitarios.¹⁶¹

Su puesta en marcha, dispersa, dificultosa y con éxito variable, como veremos, obedeció a un motivo central que hoy no es tan llamativo y que sin embargo era obvio cuando aparecieron los PRR en nuestro país. Entre principios de los años ochenta y mediados de los noventa, precisamente el período en que Savater escribió la mayor parte de sus ensayos sobre la droga, la epidemia de SIDA alcanzó en España dimensiones desmesuradas. En el período 1983-1995 la situación era la siguiente¹⁶²:

“En España, basados en el Registro Nacional de Casos de SIDA, se comprueba que más el 80% de los casos de SIDA por transmisión vertical (hijos de madre UDVP o madre pareja sexual de UDVP), y más del 70% de los casos de transmisión heterosexual (parejas de UDVPs o ex-UDVP) están relacionados con el uso de drogas parenterales. [...] A la vista de estos datos podemos decir que alrededor del 80% de los casos de SIDA diagnosticados en España desde el inicio de la epidemia, se deben directa o indirectamente al consumo de drogas por vía parenteral.”

“En 1989, en Madrid, la mortalidad relacionada con el uso de drogas (muertes por SIDA en UDVP y por reacción aguda al consumo de drogas), era la 1ª causa de mortalidad entre 15 y 39 años. Desde el año 1992 el SIDA es la

¹⁵⁹ San Molina, L. “Evolución de la dependencia de heroína y su asistencia en España”. *Adicciones* 2005; 17 (Supl. 2): 9-19.

¹⁶⁰ Romero Vallecillos, M; Oviedo-Joekes, E.; Mach Cerdà, J.C.; Markez Alonso, I. “Programas de jeringuillas”. *Adicciones* 2005; (17): 257-275; p. 268.

¹⁶¹ Ilundain, E.; Markez, I. “Salas de consumo : entre innovación y mal menor en políticas de drogas”. *Adicciones* 2005; 17 (Supl. 2): 287-297.

¹⁶² Parras Vázquez, F. “Epidemiología del SIDA en España”. En: Picazo, J.J.; Romero Vivas, J. (Coord.) *Hepatitis y SIDA*. Madrid: Centro de Estudios de Ciencias de la Salud, 1997; pp. 349-357.

primera causa de muerte entre los 29 y 35 años, por encima de los accidentes de tráfico.”

“Las cifras de SIDA en España son desproporcionadas en relación con las de otros países de la Unión Europea. [...] España ha sido el país de Europa occidental y probablemente del mundo desarrollado, junto con Estados Unidos, donde la mortalidad y la morbilidad derivadas del consumo de drogas ha sido mayor. Este ha sido el hecho fundamental en el desarrollo de la epidemia de SIDA en España.”

En los inicios de los años ochenta España alcanzó una de las prevalencias más altas de consumo de droga, principalmente heroína por vía parenteral. En ese momento prácticamente todos los consumidores de heroína utilizaban esta vía, que es la que más riesgo tiene para los usuarios, no solo en relación con la transmisión de microorganismos por vía hematógena, sino por un mayor riesgo de muertes por sobredosis. La aparición de la droga de forma brusca en una sociedad que, a finales del decenio de 1970, afrontaba complejos cambios sociales y políticos dificultó una mayor atención a este problema.

A esto se añadieron las dificultades derivadas de la escasez de recursos asistenciales y entonces inexistente nula regulación de la metadona y otros opiáceos como recursos terapéuticos.

En estos años los problemas de las drogas se enfocaron más bajo una perspectiva moral y religiosa que como un problema de salud pública. El planteamiento general fue la puesta en marcha de programas libres de drogas con grandes exigencias que dificultaban la permanencia en ellos de los drogodependientes.

“Tras unos primeros años con estos planteamientos, y a la vista de los efectos devastadores de las infecciones asociadas al consumo de drogas, así como una retención más bien pobre (alrededor de un 10%) de los programas libres de drogas, aparecieron los programas de reducción del daño (programas de

metadona, intercambio de jeringuillas, etc.) que hoy por hoy representan la principal estrategia para la prevención del SIDA en España”.¹⁶³

Queda así de manifiesto el planteamiento pragmático que animó inicialmente los PRR. Es decir, se trataba de atajar una epidemia y no de rehabilitar al drogodependiente, lo que suponía la constatación del fracaso de aplicar consideraciones morales a un problema sanitario:

“Fines alternativos como la integración, la rehabilitación, la normalización, aún dentro del consumo, sólo pudieron plantearse desde la defensa social (ante las complicaciones planteadas por el SIDA, fundamentalmente) y con un sentido de ‘mal menor’.”¹⁶⁴

En cuanto a los programas de mantenimiento con metadona, los pacientes en PMM ofrecen tasas de seroconversión a VIH inferiores a quienes no están en tratamiento o están en otros programas de tratamiento; disminuyen los episodios de sobredosis y conductas de riesgo (menor uso de la vía inyectable y menor utilización compartida de material de inyección), con tasas de mortalidad muy inferiores a las de los no tratados; tienen lugar menores consumos de heroína en quienes están en PMM que entre quienes están en otros tipos de tratamientos limitados a la abstinencia y mejores condiciones de consumo, con cambios en la vía de administración de los consumidores, lo cual está vinculado con la reducción de riesgo de contagio o de transmisión del VIH; en los períodos y fases de estabilización se ha comprobado la reducción del consumo de otras sustancias como cocaína, benzodiacepinas, cannabis o alcohol, lo cual resulta de gran interés en una población muy deteriorada por la politoxicomanía. Asimismo, se observa un menor número de delitos, detenciones y estancias en prisión.¹⁶⁵

Pero no nos engañemos. Estos no son más que resultados secundarios, aunque favorables, y no el propósito fundamental de estos programas. Al menos en un

¹⁶³ Parras Vázquez, F. “Epidemiología del SIDA en España”, p. 357.

¹⁶⁴ Morera Pérez, B. “Aspectos bioéticos de la asistencia al drogodependiente”. *Adicciones* 2000; 12(4): 515-526; p. 521.

¹⁶⁵ Markez, I. “Aspectos sanitarios de la reducción de daños y riesgos en época de globalización.” *Eguzkilore* 2002; (16): 137-151; p. 145-146.

principio, los programas de reducción de daños no buscaban otra cosa que la defensa de la sociedad y no la salud del drogodependiente. A nadie escapa el hecho de que las medidas adoptadas no obedecieron a fines de rehabilitación:

“El escenario en el que se plantean buena parte de los programas de mantenimiento de metadona en España hoy está más cerca de ‘reducir los daños a la colectividad’ que de procurar una atención personalizada y de suficiente calidad a sus usuarios.”¹⁶⁶

En lo que respecta a los programas de intercambio de jeringuillas, hoy no existen dudas sobre su utilidad. En la primera revisión internacional de las pruebas a favor de que los programas de intercambio de jeringuillas reducen la infección por VIH entre los UDVP se encontró que, haciendo una interpretación conservadora, los datos publicados cumplían seis de los nueve criterios de Bradford Hill (fuerza de la asociación, reproducibilidad de los hallazgos, secuencia temporal, plausibilidad biológica, concordancia de los resultados y razonamiento por analogía) más otros seis criterios adicionales (coste-eficacia, ausencia de consecuencias negativas, viabilidad, expansión y cobertura, efectos beneficiosos imprevistos y aplicación a poblaciones especiales). Los criterios de Bradford Hill se utilizan con frecuencia para evaluar intervenciones en salud pública. El principal hallazgo de esta revisión fue que existen pruebas convincentes de eficacia, seguridad y una favorable relación coste-eficacia, en concordancia con las siete revisiones anteriores realizadas de forma directa o indirecta por agencias gubernamentales de los EE.UU.¹⁶⁷

Traemos este estudio a colación al objeto de demostrar que las consideraciones morales quedan definitivamente en un segundo plano ante las evidencias epidemiológicas y de salud pública. Resulta así evidente lo fructífero de la actitud pragmática que orientó la puesta en marcha de las programas de reducción de daños iniciadas por algunos países europeos en los años ochenta.

¹⁶⁶ Soriano, R.; Dorado, M. “VIH/SIDA y reducción de daños entre usuarios de drogas inyectables.” *Alternativas: cuadernos de trabajo social* 2000; 8: 231-257; p. 254.

¹⁶⁷ Wodak, A; Cooney, A. “Do Needle Syringe Programs Reduce HIV Infection Among Injecting Drug Users: A Comprehensive Review of the International Evidence”. *Substance Use & Misuse* 2006; 41(6-7): 777-813.

Una confirmación de lo provechoso de estas medidas fue su reconocimiento por la Unión Europea, la cual, a través de la Comisión Europea recomendó en 2003 al Parlamento y al Consejo de Europa la aplicación de los programas de reducción de daños para la salud asociados a las drogodependencias. En 2007 fue revisada la aplicación, muy incipiente, de estas recomendaciones. Algunas de sus conclusiones fueron las siguientes:

“Todos los Estados miembros disponen de políticas e iniciativas que reflejan en gran medida las de la Recomendación, y en la mayoría de los nuevos miembros el documento se considera un apoyo importante para el desarrollo político. La Recomendación también ha servido de referencia para la aplicación de medidas de reducción del daño. Como el nivel de aplicación varía de un país a otro y dentro de cada país, es necesario seguir desarrollando medidas y estableciendo servicios o entidades de reducción del daño vinculado a las drogas en el marco de un sistema integrado de prevención y asistencia.”

“Todos los Estados miembros proponen tratamientos de sustitución con metadona y buprenorfina, junto con un seguimiento psicosocial, posibilidad que ha aumentado considerablemente durante la última década. Sin embargo, varía de un país a otro el modo en que la oferta responde a las necesidades calculadas. Es preciso garantizar la accesibilidad, cobertura y continuidad de estos servicios.”

“Los Estados miembros son cada vez más conscientes de la necesidad de fundar sus políticas en estudios y hechos concretos y de realizar sus actividades sobre la base de datos factuales, incluidas las actividades destinadas a prevenir y a reducir los daños para la salud.”¹⁶⁸

Desde esta perspectiva, se hace patente el alejamiento de la realidad de las consideraciones morales o éticas tanto de los prohibicionistas como sus detractores – entre los que figura Savater– y la esterilidad del enfrentamiento entre unos y otros a la hora de obtener algún beneficio, por mínimo que sea, para los drogodependientes o la

¹⁶⁸ *Documentos COM* 2007; 199:1-18; pp. 9-10.

sociedad. Ciertas reflexiones pueden ser muy interesantes para impartir una conferencia o escribir una columna periodística, pero no ahorran sufrimiento a nadie.

1.5. Las utopías de Savater

Hemos comprobado que los únicos avances objetivos para paliar las nefastas consecuencias de la drogadicción han procedido del esfuerzo de la sociedad por defenderse de la epidemia de VIH que alcanzó su máxima expansión en España a principios de los años ochenta. En honor a la verdad, es preciso reconocer que si los drogodependientes han obtenido algún beneficio de la políticas de reducción de daños, no fue por que su rehabilitación fuese el objetivo prioritario, sino por razones de salud pública.

Los hechos demuestran que únicamente las consideraciones de salud pública han sido capaces de poner de acuerdo a los consumidores de droga, a las administraciones públicas y a los profesionales sanitarios, independientemente de la importancia de los avances conseguidos. Dado que es imposible alcanzar consenso alguno basándose en criterios morales, la salud física ha quedado como único reducto para el entendimiento y la cooperación, y no sin esfuerzos. Se trataría de la faceta positiva de la actual medicalización de la sociedad que analizamos en el apartado “Enfermedad, invención y pretexto”.

Reiteramos que el motivo original de la puesta en marcha de las políticas de reducción de daños encontraremos que éste no fue otro que el perjuicio que la drogadicción estaba causando a terceros, como consecuencia de la expansión de la infección del VIH a partir de los drogodependientes, entonces mayoritariamente consumidores de opiáceos intravenosos. Para ilustrar esta idea me voy a permitir describir una experiencia profesional. El primer paciente portador del VIH que identifiqué en mi consulta no fue un usuario de drogas por vía parenteral, ni un homosexual o un prostituta con conductas de riesgo, ni tampoco un hemofílico. Se trataba de un ama de casa que había sido infectada mediante una transfusión en el transcurso de una intervención quirúrgica. No era difícil suponer cuál era el origen de la sangre infectada. Fue para intentar evitar estas situaciones, y no por motivos altruistas, por lo que se pusieron en marcha, entre otras medidas, los programas de reducción de

daños. No parece necesario justificar la aplicación de medidas que redundan en beneficio de todos cuando toda la sociedad sufre las consecuencias de determinadas conductas. No se trata de paternalismo médico ni jurídico. Aquí no hay “Estado Clínico” que valga. Se trata lisa y llanamente de la defensa de los principios de no maleficencia y justicia, es decir, de los principios de primer nivel, conforme a la categorización que de ellos hace el profesor Diego Gracia.¹⁶⁹

Centrándonos en la situación actual, de hoy mismo, donde el protagonista es la cocaína, el panorama puede resumirse así:

“Además del potencial que la cocaína tiene para producir daños directos en distintos órganos, su consumo puede condicionar graves perjuicios a través de otras circunstancias que no siempre se relacionan con esta droga: homicidios, accidentes de tráfico y laborales, adquisición de enfermedades infecciosas relacionadas con las conductas de riesgo, suicidios, etc. La cocaína está cada vez más presente en episodios de violencia tales como peleas o agresiones, en muchos casos con utilización de armas blancas o de fuego. Las graves alteraciones de conducta se hacen sentir también con fuerza en los servicios asistenciales y los clínicos observamos con gran preocupación como crecen día a día los episodios conflictivos asociados al uso de cocaína entre nuestros enfermos. Los daños no afectan exclusivamente a una población marginal, sino a distintos estratos de la sociedad, pasando muchas veces inadvertidos o no registrados.”¹⁷⁰

Lo mismo ocurre con el consumo inmoderado de alcohol, lo que viene a demostrar que la legalización del tráfico y consumo de una sustancia psicoactiva reduce, pero no elimina su peligrosidad social. En el caso de las bebidas alcohólicas, el control de su venta por el Estado garantiza al menos que se consume alcohol étlico y no el tóxico y a veces mortal metanol. Las consecuencias del consumo irresponsable de bebidas alcohólicas no necesitan comentarios, de modo que es muy dudoso que la

¹⁶⁹ Gracia, D. *Fundamentos de bioética*. Madrid: Triacastela, 2007.

¹⁷⁰ Pereiro Gómez, C.; Bermejo Barrera, A. “Daños relacionados con el consumo de cocaína: la punta del iceberg es lo que vemos”. *Adicciones* 2008; 20(1): 15-18; p. 15.

legalización de cualquier otra sustancia psicoactiva erradicase sus nefastas consecuencias.

En suma, ¿es verosímil que los efectos de la drogas puedan limitarse al propio consumidor sin perjudicar a otros? Savater así parece creerlo cuando afirma que con el consumo se pretende “recuperar un derecho indiscutible de los seres racionales: el de hacer con sus vidas aquellos que crean conveniente, siempre que no dañen a otros”¹⁷¹. Sin embargo, es obvio que no se puede generalizar sobre los efectos de las distintas sustancias psicoactivas convencionalmente agrupadas bajo el nombre de drogas. Del mismo modo que los efectos del cannabis o los de las anfetaminas no son iguales, tampoco lo pueden ser sus consecuencias sociales. Por otra parte, la respuesta individual a una sustancia psicoactiva puede variar enormemente, y con ella sus efectos. Ante las consecuencias de carácter médico derivadas de las toxicomanías, los llamamientos a la responsabilidad individual, como la cita de Savater con que abrimos esta Primera Parte, resultan tan encomiables como ingenuos.

Por otra parte, nuestro autor no parece hacer distinciones entre las distintas sustancias de abuso. Para ilustrar su diversidad, vamos a enumerar el tratamiento médico de la intoxicación aguda por aquellas sustancias más conocidas¹⁷²:

- Opiáceos

La intoxicación aguda por heroína puede cursar con depresión respiratoria severa, por lo que debe prestarse especial atención a la conservación de la permeabilidad de las vías aéreas, y efectuarse maniobras de resucitación cardiopulmonar si fuese necesario. Por otro lado, debe ser considerada, en general, como un cuadro muy grave, que requiere tratamiento en UCI, con monitorización del enfermo y toma de una vía venosa.

¹⁷¹ Savater, F. “El disparate de las drogas”. En: *Libre mente*. Madrid: Espasa-Calpe, 1995 (1ª Ed.); pp. 110-111.

¹⁷² Cabrera Bonet, R.; Torrecilla Jimenez, J.M. *Manual de drogodependencias*. Madrid: Cauce Editorial, 1998.

- Cocaína

En los casos leves, que sólo cursan con euforia, hiperactividad, temblores, taquicardia, etc., suele ser suficiente una ligera sedación con benzodiacepinas, preferentemente de larga duración, tales como diazepam o clorazepato dipotásico, en ambos casos por vía oral. En el paciente combativo, si no se puede administrar por vía intravenosa, es posible aplicar lorazepam intramuscular. Debe tenerse cierta precaución porque dosis excesivas de estos fármacos pueden ocasionar apnea y el flumazenil precipita las convulsiones. En los cuadros más graves se requiere, en principio, el mantenimiento de la permeabilidad de la vía aérea y la resucitación cardiopulmonar básica si fuera necesario. Estos casos deben considerarse como urgencias médicas que precisan reanimación e internamiento en UCI.

- Cannabinoides

Las reacciones tóxicas de los derivados del cannabis son muy raras y generalmente no precisan atención sanitaria.

- Anfetaminas

Los efectos tóxicos agudos de la anfetamina son muy semejantes a los de la cocaína, pero de mayor duración en el tiempo. La sintomatología más severa se manifiesta, por tanto, básicamente en dos campos: el SNC y el aparato cardiovascular. Los casos leves, que cursan sólo con excitación y signos menores, pueden ser tratados con sedantes del tipo de la benzodiacepinas. En los casos graves es imprescindible, en principio, el mantenimiento de la permeabilidad de las vías aéreas superiores y el empleo, si es preciso, de las maniobras de resucitación cardiopulmonar básica. Dado que pueden presentarse complicaciones importantes, debe considerarse una intoxicación grave que requiere tratamiento en UCI.

- LSD

El cuadro característico producido por LSD no suele conducir a consultas médicas de urgencia. La complicación más frecuente, denominada en ambientes de drogadicción “mal viaje”, con pánico y despersonalización, aunque de larga duración, suele ceder espontáneamente tranquilizando al paciente en un ambiente calmado y silencioso, a poder ser con apoyo familiar.

- Anfetaminas de síntesis

El tratamiento debe ser enfocado como el de un caso de urgencia, en el que hay que valorar clara y rápidamente dos aspectos bien diferenciados: el derivado de los efectos de la droga sobre el SNC y sus consecuencias psicológicas (ansiedad y agitación) y el subsiguiente a los efectos tóxicos simpaticomiméticos (taquicardia e hipertermia), es decir, el puramente somático.

Como vemos, no tiene justificación hablar de la droga en general sin atender a las particularidades de las diferentes sustancias y es muy dudoso que en una hipotética regulación del consumo de estupefacientes se pudiesen aplicar los mismos criterios tanto a los cannabinoides y al LSD como a la cocaína y las anfetaminas. Esta distinción fundamental es, sin embargo, pasada por alto por Savater, que en todo momento realiza generalizaciones sin siquiera pretender aproximarse a las características concretas que diferencian a los distintos estupefacientes.

Desconocemos las razones de nuestro autor para dejar de publicar artículos en defensa de la legalización de la droga, aunque hoy siga sosteniendo unos puntos de vistas similares sobre este asunto. Quizá comprendiese que las consecuencias de la autonomía personal desbocada pueden ser nefastas, tal como lo expresa el profesor Diego Gracia:

“Es un hecho comprobado que cuando la autonomía se lleva al extremo e intenta convertirse en un principio absoluto y sin excepciones, conduce a aberraciones no menores que las del paternalismo beneficentista. Lo que el paternalismo es a la beneficencia, es a la autonomía el anarquismo. El bien

común exige poner coto a las decisiones libres de los individuos. Por eso con sólo el principio de autonomía tampoco puede construirse una ética coherente.”¹⁷³

¹⁷³ Gracia, D. *Fundamentos de bioética*. Madrid: Triacastela, 2007; p. 118.

SEGUNDA PARTE

Algunos lugares comunes de la psiquiatría

“En un aspecto esencial confluyen la medicina y la ética:
ambas tienen como objetivo preservar y potenciar la *vida humana*.
Pero mientras el papel de la medicina es ante todo salvaguardar la vida de lo humano,
el de la moral es afirmar lo humano de la vida.”¹⁷⁴

2.1. Filósofos y psiquiatras

No es infrecuente que escritores o filósofos sin formación médica se ocupen de la psiquiatría, por diferentes motivos y con muy variados planteamientos. Esto resultaría insólito si considerásemos la psiquiatría como una disciplina científiconatural más, pero es perfectamente comprensible si tenemos presente el contenido social del estudio de las enfermedades mentales y las dificultades para objetivar la patología psíquica. Así lo expresa Rafael Huertas García-Alejo¹⁷⁵ al referirse a los aspectos históricos de la psiquiatría:

“Sin embargo, las dificultades para establecer diagnósticos psiquiátricos *objetivos* suponen una constante histórica difícil de negar; resulta evidente que en aquellos terrenos en los que la medicina entra en relación con la sociedad que la rodea, lo normal y lo patológico dejan de ser valoraciones objetivas para convertirse en decisiones sociales. Ello explica la evolución de los saberes psiquiátricos, ostensiblemente diferente a la de otras especialidades médicas, y la multitud de enfoques, doctrinas y escuelas, a veces complementarias, casi

¹⁷⁴ Savater, F. “¿Enfermedad mental o enfermedad moral?” En: *Ética como amor propio*. Madrid: Mondadori España, 1988, p. 283.

¹⁷⁵ Rafael Huertas García-Alejo es profesor de Investigación en el Instituto de Historia del CSIC.

siempre antitéticos, desde los que acercarse al problema de la enfermedad mental...”¹⁷⁶

Esta puede ser la razón de que la psiquiatría, sobre todo en determinadas épocas, haya sido objeto de comentarios y reflexiones en las páginas de medios de información general de gran difusión, como es el caso de las colaboraciones de Fernando Savater en el diario *El País*. En 1985 nuestro autor expuso en este rotativo su opinión sobre las enfermedades mentales sirviéndose de una entrevista ficticia con Thomas S. Szasz basada en los escritos de este psiquiatra y ensayista estadounidense¹⁷⁷. A título orientativo, antes de continuar, parece aconsejable dar alguna información sobre este personaje.

Thomas Stephen Szasz (1920), estadounidense de origen húngaro, estudio medicina en Cincinnati y psiquiatría en Chicago. Fue profesor de Psiquiatría en el State University of New York Health Science Center en Siracusa (EE.UU.). Su obra representa una importante crítica de las instituciones psiquiátricas y de todas aquellas ideas de salud mental que no tienen en cuenta los factores sociales y culturales que la enmarcan. Conjuntamente con la Iglesia de la Cienciología, cofundó la Comisión Ciudadana de Derechos Humanos (*Citizen Commission on Human Rights*), en 1969, para luchar contra lo que estima como crímenes contra los derechos humanos cometidos por los psiquiatras y otros profesionales de la salud mental. Entre sus numerosas publicaciones, de gran difusión en todo el mundo, destacan *El mito de la enfermedad mental* (1961), *Ética del psicoanálisis* (1965), *La fabricación de la locura* (1970) y *Teología de la medicina* (1977). Szasz es, con diferencia, el autor más citado en los textos de Savater que utilizaremos en esta memoria. Savater dirigió la colección en que se reeditó¹⁷⁸ *El mito de la enfermedad mental*, prologado por el filósofo vasco (Barcelona: Círculo de Lectores, 1999). Prueba adicional del interés de nuestro autor por la obra de este psiquiatra estadounidense es que Savater llega a recomendar dos de sus libros, indicando incluso su editorial, al referirse al atropello que, según él, supone la situación de ilegalidad del tráfico y consumo de estupefacientes:

¹⁷⁶ Huertas, R. *Los médicos de la mente*. Tres Cantos: Nivola, 2002; pp. 117.

¹⁷⁷ Savater, F. “El año Szasz”. *El País*, 10-01-85.

¹⁷⁸ Ya antes publicado en castellano en Argentina: *El mito de la enfermedad mental. Bases para una teoría de la conducta personal*. Buenos Aires: Amorrortu, 1994.

“Quien desee reflexionar sobre este desafío insistente a la democracia liberal puede consultar los espléndidos libros de Thomas Szasz titulados *Nuestro derecho a las drogas* (Anagrama) y *Droga y ritual* (FCE).”¹⁷⁹

Una vez situado en su contexto el imaginario interlocutor de Savater, veamos el contenido de esta conversación ficticia.

Yo: Doctor Szasz, usted habla en muchas de sus obras contra el Estado terapéutico’. ¿A qué se refiere exactamente?

Szasz: Mire usted, en todas las épocas los hombres han intentado librarse de las exigencias conflictivas de su libertad buscando una instancia superior que zanjase por ellos las opciones fundamentales. Hoy, el disolvente universal para la culpa es la ciencia. Por eso la medicina es una institución social tan importante. Durante milenios, los hombres y las mujeres rehuyeron la responsabilidad teologizando la moral. Hoy la rehuyen medicalizando la moral. El Estado teocrático pretendía salvar a los hombres por decreto, reprimiendo ejemplarmente en ellos todo lo que había quedado establecido como malo; el Estado terapéutico pretende curar a los hombres de ser lo que son, por las buenas o por las malas. Ambos modelos, desde luego, pretenden coaccionarnos por nuestro bien.

Yo: ¿Quiere usted decir que los médicos y psiquiatras imponen una especie de dictadura terapéutica sobre la sociedad?

Szasz: Hay que distinguir tajantemente entre intervenciones psicoterapéuticas voluntarias e involuntarias, entre elección que lleva a contratar y coacción que lleva a capitular, en resumen: entre hacer algo *por* una persona y hacer algo *a* una persona. La medicina no es una instancia de reforma moral, ni mucho menos de represión policial: nadie debería ser jamás medicado contra su voluntad y

¹⁷⁹ Savater, F. “Las drogas como abuso.” En: *Libre mente*. Madrid: Espasa-Calpe, 1995 (1ª Ed.); pp. 111-112; p. 112

todo el mundo debería tener derecho a automedicarse del modo que prefiriera. Pero hoy esto no es posible.”¹⁸⁰

En lo relativo a las enfermedades psiquiátricas, los argumentos de este artículo periodístico fueron objeto de réplica por el psiquiatra Julio Vallejo Ruiloba, que en el mismo diario¹⁸¹ y tras señalar que “Algunos juicios que Savater pone en boca de Szasz ilustran un estado de opinión más generalizado de lo que sería deseable” expuso las siguientes razones. Pocas fechas después y también en *El País*¹⁸² Savater replicó al doctor Vallejo Ruiloba en el artículo titulado “¿Salvación o salud?”. Seguidamente presentamos las contrarréplicas de Savater, que así declaraba su intenciones al tratar de rebatir al psiquiatra:

“Voy a intentar prolongar el comentario sobre cada uno de estos aspectos no por simple afán polémico, sino recordando que, si bien ciertamente hay tópicos simplistas en contra del Estado manipulador y alienante de sus súbditos, no menos existen -y más vigorosamente implantados- a favor de la competencia terapéutica de las instituciones oficiales; y también que este ‘estado de opinión más generalizado de lo que sería deseable’ respecto a la psiquiatría y los enfermos mentales no es sólo invención de algunos profanos ignorantes o esnobs, sino de bastantes psiquiatras y psicoanalistas -quizá no de los peores-, entre los que desde luego se cuenta el mencionado Thomas Szasz.”

Tras recordar que las enfermedades mentales están descritas desde la Antigüedad, el doctor Vallejo Ruiloba nos recuerda que han estado presentes en todas las sociedades y épocas:

“Por otra parte, a lo largo de los siglos las enfermedades mentales se han presentado con una machacona y exasperante regularidad, al margen del estado de la medicina y de la actitud de ésta hacia el enfermo (recordemos que en la Edad Media muchos dementes fueron exterminados por la Inquisición por

¹⁸⁰ Savater, F. “El año Szasz”. En: *Perdonadme ortodoxos*. Madrid: Alianza Editorial, 1986 (1ª Ed); pp. 179-186.

¹⁸¹ Vallejo Ruiloba, J. “Sobre la psiquiatría y los enfermos mentales”. *El País*, 26-02-1985.

¹⁸² Savater, F. “¿Salvación o salud?”. En: *Perdonadme ortodoxos*. Madrid: Alianza Editorial, 1986 (1ª Ed.); pp. 187-193; p. 189-90. Publicado inicialmente en *El País*, 11-03-85.

presuntos endemoniados). Tampoco el tipo de sociedad ha condicionado la incidencia de las auténticas enfermedades mentales y las estadísticas reflejan un equilibrio absoluto Este-Oeste, sociedades opulentas-tercermundistas, que para sí quisieran los paladines del pacifismo.”

Sin embargo, Savater duda de la realidad de las enfermedades mentales:

“Szasz señala que hay una diferencia importante entre la enfermedad mental y cualquier otra: mientras que las enfermedades ordinarias pueden señalarse también en un cadáver, de tal modo que podemos decir que uno de éstos *tiene* un cáncer, una neumonía o un infarto de miocardio, la *única* enfermedad que el cadáver no puede tener es una enfermedad mental. ¿Aun así debemos seguir hablando de enfermedad en el mismo sentido en ambos casos? El argumento de que ya en Hipócrates se describen estados semejantes a los actuales cuadros maniacos no parece demasiado convincente: las posesiones demoníacas están no menos largamente documentadas y siguen sin resultar del todo creíbles. Tras haber leído, por ejemplo, la *Historia de la locura en la edad clásica*, de Michel Foucault, ¿puede afirmarse sin disputa que las psicosis son algo tan universal e intemporal como los eclipses o la fotosíntesis de las plantas?”

El profesor Vallejo Ruiloba rechazó como sigue que la psiquiatría fuese un sistema represor:

“Otro tópico es el de la psiquiatría como ente represor al servicio de un Estado manipulador y alienante de sus súbditos. Pues bien, hay que disociar el papel directriz que un Estado dominante puede ejercer sobre infinidad de cuestiones morales y sociales y el supuesto atentado a la libertad que supone tratar la enfermedad mental incluso en contra de la voluntad de la persona que padece el trastorno. En efecto, todo el mundo debe ser libre para tratarse o no, pero siempre y cuando disponga del libre albedrío que le permita valorar adecuadamente todos los parámetros que configuran su/la realidad. Sin embargo, la esquizofrenia (prototipo de enfermedad mental) se caracteriza precisamente por la incapacidad de autocrítica y por una pérdida del sentido de realidad

(delirios, alucinaciones, etcétera), que, según estudio exhaustivo de la Organización Mundial de la Salud (OMS), alcanza al 97% de estos pacientes.”

También reivindica el psiquiatra el rigor científico que debe regir los tratamientos psiquiátricos y los indudable avances logrados en la segunda mitad del siglo veinte:

“Hasta principios del siglo XIX los enfermos o fueron quemados en la hoguera o hacinados en cárceles, asilos, etcétera, junto al resto de marginados sociales. Ya en este siglo, y hasta la década de los cincuenta, eran almacenados en manicomios o reclusos en sus casas en un estado de vida casi vegetativo y animal. Sólo a partir de 1952, con la introducción del primer psicofármaco activo, la clorpromacina, se produjo un descenso tan espectacular en el índice de ingresos psiquiátricos que ni el crítico más radical puede negar. Todos los planteamientos que se alejen de esta verdad histórica están abocados al caos y, peor aún, a la pérdida de lo que con esfuerzo se ha hecho por el enfermo durante casi dos siglos.”

Savater pareció entonces limitar su crítica a la aplicación del tratamiento psiquiátrico contra la voluntad del paciente y a la posible utilización inescrupulosa de la terapéutica psiquiátrica:

“El problema empieza con la intervención terapéutica no requerida, impuesta. En este punto, más vale no ampararse en la hipocresía de la *pérdida de albedrío* del paciente por trastornos morbosos que le impiden *darse cuenta de la realidad* Porque la realidad -y bien evidente- es que *los demás protestan por el comportamiento anómalo*. Cuando a alguien se le hospitaliza contra su voluntad es porque otros no pueden aguantarle ni están dispuestos a satisfacer las demandas autoafirmativas que les plantea. Nada hay de reprochable en ello: si cualquier ciudadano siente sus derechos lesionados por otro -sea un navajero o un psicótico-, es lícito que recurra a la protección de las instituciones públicas.

Pero es un poco repugnante que esgrima para ello el *bien* del agresor o le niegue *por compasión* su carácter humano, es decir, su libertad.”¹⁸³

El psiquiatra se opuso asimismo a la pretensión de Savater de interpretar el suicidio como un acto autónomo incluso encontrándose alteradas las facultades mentales:

“Existen, en efecto, actos suicidas que están asumidos con plena conciencia crítica; pero una gran parte de suicidios se nutre de pacientes depresivos o esquizofrénicos cuya decisión no es libre, ya que su libertad está coartada por su enfermedad. Es más, preguntamos a todos los defensores del respeto al suicidio: ¿es ético dejar morir a alguien que en un plazo de escasas semanas puede recuperarse totalmente y sentirse esperanzado nuevamente por la vida? Actualmente una depresión tratada correctamente se soluciona en un período breve, tras el cual el paciente puede asumir nuevamente las decisiones que mejor estime. Todos los depresivos, sin excepción, agradecen el tratamiento cuando están recuperados. Con estas premisas, ¿dejarían morir a un hijo, hermano, padre o amigo los defensores del libre suicidio?”

Terminan su artículo del doctor Vallejo negando la creencia generalizada (y discutible, véase “Trastorno mental y creatividad”) de que la enfermedad mental supone una mejora personal:

“...no hay trastorno psíquico que imponga un estado satisfactorio o de enriquecimiento existencial. Ninguno entraña una mejoría en la libertad personal. Por el contrario, todo paciente neurótico o psicótico sufre por su enfermedad. En contra de la opinión de algunos, la psiquiatría, como ciencia con hondas raíces médicas, intenta dar una respuesta al dolor humano, en este caso psíquico, de la forma más honesta y científica que tiene en cada momento histórico.”

¹⁸³ Savater, F. “¿Salvación o salud?”. En: *Perdonadme ortodoxos*. Madrid: Alianza Editorial, 1986 (1ª Ed.); pp. 187-193; p. 190-192.

A lo que a su vez replicó Savater insistiendo en su identificación de enfermedad mental y creatividad:

“Que en ciertos casos la psicosis funciona creativamente es algo tan difícilmente discutible como que en muchos otros no sucede así. El psicoanalista E. Jacobson ha acuñado una denominación paradójica –‘psicóticos sanos’– para calificar a personajes como August Strindberg, Vincent Van Gogh, Eduard Munch, Kierkegaard, Nietzsche, etc... que convirtieron sus indudables síntomas maníacos en memorables logros creadores. Nadie puede dudar que su ‘enfermedad’ les dolía y hacía que el trato con ellos fuera todo menos fácil, pero también es evidente que sin ella –¿curados? – no hubieran triunfado ni en un concurso de idoneidad (véase Jacobson, *Psychotic conflict and reality*).”¹⁸⁴

El doctor Vallejo Ruiloba concluía su comentarios con una cita de Régis Debray, instando a Savater a que no terminase siendo “un hombre que habla por los demás, no paga las consecuencias de lo que escribe, olvida que las palabras puedan matar y a menudo no conoce de lo que habla”, según se identifica a muchos intelectuales de izquierda en Europa.

Por su parte, Savater puso fin a sus contrarréplicas dirigiéndose acremente y de modo personal al doctor Vallejo, al igual que hiciera éste al final de su artículo, y tomando sus mismas palabras:

“Concluyo. El doctor Vallejo Ruiloba me advierte discretamente al final de su artículo contra esa degeneración del intelectual de izquierdas europeo al que Régis Debray -que sin duda sabe lo que dice- describe como alguien que habla por los otros irresponsablemente, con palabras a menudo mortales y quizá sin conocer el tema del que predica. Este retrato es a menudo demasiado cierto, y debemos recibirlo con el estremecimiento autocrítico que corresponda. Por su parte, el terapeuta psíquico Thomas Szasz define así lo que él llama ‘terapeutismo’: ‘Ha sucedido al patriotismo en ser el último refugio -o el primero, según los casos- de los canallas. Es el credo del terapeuta, en el cual

¹⁸⁴ Savater, F. “¿Salvación o salud?”. En: *Perdonadme ortodoxos*. Madrid: Alianza Editorial, 1986 (1ª Ed.); pp. 192-193.

afirma enfáticamente su ardiente amor por aquellos a quienes detesta y en nombre del cual les inflige crueles castigos so pretexto de curar enfermedades cuyo principal síntoma es el rechazo a someterse a su voluntad?’. ¿Resultará también ominosamente cierto este retrato, doctor?”¹⁸⁵

A este intercambio de pareceres se sumó también Antonio Escohotado, amigo personal de Savater, ensayista y profesor universitario cuyo trabajo se ha centrado principalmente en los terrenos del derecho, la filosofía y la sociología, traductor de Newton, Hobbes y Bakunin, prologuista de Thomas S. Szasz¹⁸⁶, también ha elaborado un enciclopédico tratado sobre la historia de las drogas, muy elogiado por Savater,¹⁸⁷ con quien comparte puntos de vista sobre la despenalización del tráfico de estupefacientes. Dada su afinidad de opiniones con Savater sobre la despenalización de la droga, por haber divulgado la obra de Szasz, y pese a no haberse ocupado específicamente del estudio de la enfermedad mental, Escohotado intervino en la polémica con dos artículos que encabezó declarando su parcialidad:

“Un polémico diálogo entre médicos y filósofos -por una parte el doctor Vallejo Ruiloba, presidente de la Sociedad Catalana de Psiquiatría, y por otra Fernando Savater- plantea cuestiones de interés general sobre el tratamiento de los trastornos mentales, y en especial sobre el delicado asunto de las intervenciones psiquiátricas involuntarias. No oculto mis preferencias por las razones del filósofo, pero querría incorporar al prometedor diálogo algunos datos y perspectivas, quizá no del todo redundantes.”¹⁸⁸

Repasa aquí los tratamientos psiquiátricos no farmacológicos (coma insulínico, malarioterapia, terapia aversiva, neurocirugía, terapia electroconvulsiva) y medicamentosos (neurolépticos), para terminar afirmando que su utilización sólo estaría justificada con dos condiciones: especificidad del tratamiento y voluntariedad del

¹⁸⁵ Savater, F. *Ibíd.*, p. 193.

¹⁸⁶ Szasz, T. *El Mito de la Enfermedad Mental*. Barcelona: Círculo de Lectores, 1999. Prólogo de Antonio Escohotado. Este título forma parte de una colección dirigida por Fernando Savater.

¹⁸⁷ Savater, F. “Una genealogía de lo inmoral”. En: *Humanismo impenitente*. Barcelona: Anagrama, 1990 (1ª Ed.); pp. 147-150. Apéndice de *Humanismo impenitente* en que comenta la “Historia de las drogas”, volúmenes I, II y III, de A. Escohotado (Madrid: Alianza, 1989). Luego reunidos en un solo volumen con el título “Historia general de las drogas”. (Madrid: Espasa-Calpe, 1998).

¹⁸⁸ Escohotado, A. “Medicina y disuasión / 1.” *El País*. 23-07-1985.

paciente. Para Escohotado, los propósitos de estos procedimientos terapéuticos y los del tratamiento psicoanalítico son radicalmente diferentes:

“...la psiquiatría institucional se distingue del psicoanálisis y escuelas afines por no buscar tanto una *comunicación* con el enfermo como la *transformación* de un paciente que sufre.”¹⁸⁹

Esta diferenciación, no sólo es compartida por Savater, sino que la considera de extrema importancia a juzgar por sus textos referidos al psicoanálisis como terapéutica, como luego veremos.

Aunque es frecuente que las colaboraciones de Savater en *El País* provoquen comentarios críticos en forma de artículos o cartas al director, no lo es tanto que nuestro autor replique a su vez y por extenso a sus detractores. El que lo hiciese en esta ocasión nos da idea del interés que en ese momento suscitó en él este asunto, pues tres años después le dedicó un ensayo (“¿Enfermedad mental o enfermedad moral?”) incluido en una de sus obras más destacadas, como es *Ética como amor propio*, en el que vuelve a referirse explícitamente a sus diferencias con el Dr. Vallejo Ruiloba. El tono con que plantea el ensayo tampoco deja lugar a dudas sobre el grado de implicación personal de nuestro autor. Tras declararse ignorante en materia de psiquiatría, asume el riesgo de volver a ser criticado por los profesionales, en clara alusión al desacuerdo con Vallejo Ruiloba:

“Ya he sufrido antes rapapolvos psiquiátricos por haber tenido hace tiempo osadía semejante, aunque quizás haya sido precisamente la inconsistencia teórica de esas broncas la que ha aguzado mis ganas de reincidir. Pero ante todo me parece obligatorio para cualquiera que reflexione seriamente sobre ética intentar una consideración de los aspectos morales de la llamada enfermedad mental. ¿Se trata de un trastorno que no puede ser afrontado más

¹⁸⁹ Escohotado, A. “Medicina y disuasión / 2.” *El País*. 24-07-1985.

que desde la patología y la terapia o tiene una raíz quizá no distante de aquello que más preocupa a la ética, a saber, la libertad y el mal?”¹⁹⁰

Alude al Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales, en aquel momento la versión DSM-III, en los siguientes términos:

“Es el magno catálogo de todas las rarezas, desviaciones y locuras: ahí están convenientemente ordenados los nombres y apellidos de cuanto mucho o poco se sale de la normalidad. Es algo así como el código penal del alma, aunque tan solo especifica algunos delitos pero no las penas que hay que sufrir para purgarlos.”¹⁹¹

Savater considera que los criterios para elaborar las categorías contenidas en el DSM-III son cuando menos variables y discutibles, y quizá arbitrarios:

“...en ocasiones la frustración o el dolor del individuo, pero también la improductividad social, el escándalo o el cuestionamiento práctico de determinadas instituciones consideradas de interés público.”¹⁹²

Establece así dos distinciones entre enfermedad mental y somática:

“Y así surge la primera gran diferencia con la enfermedad propiamente dicha, pues todas estas categorías nombran *conductas*, es decir se refieren a cosas que el sujeto *hace*, no a cosas que le *pasan*. Por decirlo de otro modo, la enfermedad *strictu senso* es algo que uno tiene, pero la llamada enfermedad mental siempre se refiere a actitudes o formas de obrar que se adoptan... o que no pueden adoptarse” ... “La segunda diferencia esencial entre enfermedad común y trastorno mental se refiere a quién es el que reclama la asistencia terapéutica en ambos casos ... El enfermo corriente va al médico, al enfermo

¹⁹⁰ Savater, F. “¿Enfermedad mental o enfermedad moral?”. En: *Ética como amor propio*. Madrid: Mondadori España, 1988 (1ª Ed.); pp. 274-286; pp. 274-275.

¹⁹¹ Savater, F. *Ibíd.*, p. 275.

¹⁹² Savater, F. *Ibíd.*, pp. 275-6.

mental suelen empujarle o llevarle al psiquiatra; y por tanto, al enfermo corriente se le hospitaliza y al enfermo mental se le encierra”.¹⁹³

Para Savater estas dos diferencias son suficientes para preguntarse si la enfermedad mental es una dolencia real:

“O sea, ¿se emplea la palabra *enfermedad* en un sentido igualmente propio cuando se aplica a un cáncer, a una pancreatitis y a una neurosis, o más bien en este último caso y otros semejantes se la emplea por analogía, como cuando se habla de que la economía de un país está enferma o se discute sobre la fatiga de un metal?”¹⁹⁴

Para responder a esta pregunta enumera cuatro teorías que acompaña de sus correspondientes valoraciones.

“En primer lugar están quienes afirman que la enfermedad mental es una auténtica y literal enfermedad, aunque naturalmente con sus características propias. [...]. El tratamiento debe ser *tangible* como la dolencia misma: lobotomía, electroshock, quimioterapia, etc... Se da por supuesto que el consentimiento del paciente no es imprescindible para llevar a cabo estos tratamientos, pues de lo que se trata precisamente es de curar una obstrucción en su normal capacidad decisoria y volitiva.”¹⁹⁵

Pone como ejemplo la terapéutica electroconvulsiva y termina refiriéndose a esta explicación de la enfermedad mental con un juicio muy personal:

“Estos tratamientos son por lo visto eficaces en muchos casos, entendiendo por ‘eficacia’ que el paciente *depone su actitud*, abandona o modifica su línea de conducta. Este resultado, empero, no es índice obligatorio de que la teoría de la enfermedad mental como dolencia física de un tipo especial sea inapelablemente satisfactoria, por la misma razón que la lapidación

¹⁹³ Savater, F. *Ibíd.*, p. 276.

¹⁹⁴ Savater, F. *Ibíd.*, p. 277.

¹⁹⁵ Savater, F. *Ibíd.*, p. 277.

de las adúlteras no confiere a sus partidarios especial competencia como consejeros matrimoniales.”¹⁹⁶

Savater critica cualquier tratamiento de la enfermedad mental basado en medios no psicoterapéuticos:

“Cualquier pretensión de basar en la compulsión de *alteraciones* físicas comportamientos socialmente tenidos por viciosos debe ser mirada con alarmado recelo en este siglo culpable de galardonar con el Premio Nobel de Medicina al criminal que inventó la lobotomía.”¹⁹⁷

La segunda posible etiología de los trastornos mentales es descrita por Savater siguiendo el mismo esquema, a saber, origen, tratamiento y necesidad o no de cooperación del paciente:

“No son dolencias del organismo sino de la *organización*, entendiendo ésta como una determinada y preestablecida evolución que debe cumplir la psique de cada individuo para alcanzar su justa sazón en tal o cual momento de la vida. [...] Los partidarios de este tipo de análisis creen en la posibilidad de una terapia basada en la palabra...”¹⁹⁸

El tercer modo de explicar la patología mental consiste en negar la condición de enfermos de los paciente psiquiátricos, que es la propuesta de los antipsiquiatras:

“Para éstos, ese calificativo es un intento de justificar una intervención social marginadora y discriminadora contra determinadas personas que por una y otra razón no encajan en el marco establecido. [...] En realidad, es la sociedad vigente la que condiciona a los llamados ‘enfermos mentales’ y los confirma en la marginación y la terapia de choque o el simple maltrato represivo. [...] Los terapeutas o más bien antiterapeutas que opinan de esta manera no proponen como es lógico ningún sistema curativo para estos supuestos pacientes: más bien

¹⁹⁶ Savater, F. “¿Enfermedad mental o enfermedad moral?”, p. 277-8.

¹⁹⁷ Savater, F. “¿Qué me pasa, doctor?”, *El País*, 29-11-1991.

¹⁹⁸ Savater, F. “¿Enfermedad mental o enfermedad moral?”, p. 278-279.

denuncian a la sociedad establecida como lo único enfermo y que debe ser curado.”¹⁹⁹

Savater expone en último lugar un cuarto punto de vista sobre la etiología de la enfermedad mental que también niega al paciente psiquiátrico la consideración de enfermo:

“... porque el llamado trastorno psíquico no es en el fondo sino un tipo de *juego* o estrategia de conducta poco afortunada, sea por culpa del contexto en el que el sujeto se mueve o de los principios aplicados por el propio sujeto. La pseudo-enfermedad mental puede consistir en una lesión orgánica (por ejemplo del cerebro, con lo cual ya no es *mental*) y a veces es la etiqueta por medio de la cual cierto orden social autoritario se libra de sus inadaptados; pero en un amplio margen de casos, consiste en el intento frustrado de comunicación de un individuo con los demás, reclamando atención, comprensión o ayuda”.²⁰⁰

Nuestro autor agrupa y deja a un lado las tres primeras explicaciones para centrarse en la cuarta y última, que comparte y defiende:

“Lo que tienen en común las tres primeras consideraciones que hemos expuesto de la enfermedad mental es que, cada una a su modo, afirma la *pérdida de libertad* del sujeto mentalmente alterado. Sea por algún problema neuropático, sea por un trauma infantil o por la constricción social, el paciente se encuentra en una situación de irresponsabilidad que impone el tratamiento coactivo o paternalista, pero nunca la petición de cuentas y el trato de igual a igual”²⁰¹

Esto lleva a nuestro autor a relacionar definitivamente la ética, su especialidad, con la enfermedad mental:

“Las explicaciones científicas de por qué los sujetos conflictivos no son libres pertenecen al mismo tipo que el secular reconocimiento de que los niños

¹⁹⁹ Savater, F. “¿Enfermedad mental o enfermedad moral?”, p. 279.

²⁰⁰ Savater, F. *Ibíd.*, p.280.

²⁰¹ Savater, F. *Ibíd.*, p. 281.

no *saben* ser libres o la doctrina religiosa que establece que los hombres no *deben* atreverse a ser libres. Es precisamente la cuestión de la libertad la que acerca de nuevo el tema que estamos tratando al ámbito de la moral.”²⁰²

En el ensayo “El Estado Clínico”, aparecido en 1990, Savater aludirá a las enfermedades mentales. Todos los textos en que Savater se refiere a la enfermedad mental se publicaron entre 1985 y 1994. No tenemos constancia de que desde entonces haya vuelto a interesarse por este asunto.

Como hemos visto, tras las puntualizaciones del doctor Vallejo Ruiloba, Savater contrarreplicó a este psiquiatra en dos ocasiones²⁰³, refiriéndose a él de forma explícita, además de aludir ocasionalmente a las enfermedades mentales en otros textos. Como no hubo más comentarios a estos ensayos de nuestro autor por parte de ningún otro profesional de la psiquiatría, nos vamos a permitir prolongar el intercambio entre ambos profesores señalando hechos que Savater parece no haber tenido en cuenta.

2.2. Enfermedad mental y anatomía patológica

Savater interpreta la enfermedad mental como algo puramente literario o sociológico y no parece reconocer su naturaleza biológica:

“Szasz señala que hay una diferencia importante entre la enfermedad mental y cualquier otra: mientras que las enfermedades ordinarias pueden señalarse también en un cadáver, de tal modo que podemos decir que uno de éstos *tiene* un cáncer, una neumonía o un infarto de miocardio, la *única* enfermedad que el cadáver no puede tener es una enfermedad mental. ¿Aun así debemos seguir hablando de enfermedad en el mismo sentido en ambos casos?”²⁰⁴

²⁰² Savater, F. *Ibíd.*, p. 282.

²⁰³ Savater, F. “¿Salvación o salud?”. *El País*, 11-03-85. “¿Enfermedad mental o enfermedad moral?”. En: *Ética como amor propio*. Madrid: Mondadori España, 1988 (1ª Ed.); pp. 274-286.

²⁰⁴ Savater, F. “¿Salvación o salud?”. *Perdonadme ortodoxos*. Madrid: Alianza Editorial, 1986 (1ª Ed.); pp. 187-193; p. 190.

“No hay ‘enfermedades mentales’ en el sentido en que las hay del hígado o del corazón: o se trata de algún tipo de lesión orgánica con repercusiones en la conducta o no son “enfermedades” más que por una peligrosa facilidad de lenguaje.”²⁰⁵

“... ¿es realmente la enfermedad mental una enfermedad? O sea: ¿se emplea la palabra *enfermedad* en un sentido igualmente propio cuando se aplica a un cáncer, a una pancreatitis y a una neurosis, o más bien en este último caso y en otros semejantes se la emplea por analogía, como cuando se habla de que la economía de un país está enferma o se discute sobre la fatiga de una metal?”²⁰⁶

“La pseudo-enfermedad mental puede consistir en una lesión orgánica (por ejemplo del cerebro, con lo cual ya no es *mental*) ...”²⁰⁷

“Creo que querer curarse es ya un grave síntoma. Uno puede curarse sólo de elementos desprendibles de uno mismo, un tumor pongo por caso. La enfermedad mental, en ese sentido, no puede existir, sólo existen repercusiones mentales de una enfermedad física.”²⁰⁸

La negativa a reconocer la naturaleza biológica de la enfermedad mental debido a la ausencia de lesiones orgánicas no es en absoluto original. Sin duda sorprendería a nuestro autor saber que este punto de vista coincide con alguien tan poco sospechoso de ir contra el enfoque naturalista de la psiquiatría como Emil Kraepelin (1856-1926), fundador de la nosología psiquiátrica moderna, para quien las enfermedades mentales se caracterizaban, entre otros elementos, por poseer una *anatomía patológica cerebral determinada*, punto de vista hoy insostenible. Recordemos que Kraepelin describió la entonces denominada demencia precoz, categoría diagnóstica que preparó el terreno para que Eugen Bleuler (1857-1939) describiese en 1911 el concepto de esquizofrenia.

²⁰⁵ Savater, F. “Paradojas éticas de la salud”. En: *El contenido de la felicidad*. Madrid: El País/Aguilar, 1986; pp. 155-156.

²⁰⁶ Savater, F. “¿Enfermedad mental o enfermedad moral?”. En: *Ética como amor propio*. Madrid: Mondadori España, 1988; p. 277.

²⁰⁷ *Ibíd.*, p. 280.

²⁰⁸ Colina, F.; Jalón, M. “Entrevista a Fernando Savater.” *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría* 1994; (49): 329-337.

Parece que Savater toma de Thomas S. Szasz la idea de que la inexistencia de alteraciones anatomopatológicas en la esquizofrenia evidencia que tal enfermedad no existe. El psiquiatra Martin Roth lo explica con toda claridad:

“Szasz parece no conocer la actitud mental que adopta un médico corriente cuando se le pide que visite a un paciente ni los procesos mentales subsiguientes. Probablemente, lo primero que el doctor obtiene es una impresión general de que el paciente está (o quizá no) obviamente enfermo. Mediante la anamnesis y la exploración física, puede que circunscriba el campo de investigación a un sistema corporal. Paso a paso, el proceso diagnóstico progresa hacia un síndrome y finalmente, quizá, hacia una enfermedad. El Dr. Szasz imagina lo contrario. Según supone, en primer lugar el médico encuentra los signos físicos de alteraciones celulares macro o microscópicas, a partir de aquí procede a dar nombre a una enfermedad y por último, basándose en la presencia de la enfermedad, llega a la conclusión de que el paciente debe estar enfermo. Si no existen o no se encuentran signos, afirma entonces que no hay enfermedad.”²⁰⁹

Roth sustenta su razonamiento con varios ejemplos, dos de los cuales reproducimos aquí pese a su extensión por resultar especialmente ilustrativos:

“Se desprende que cuando el parkinsonismo fue descrito por primera vez en el siglo XIX, según el Dr. Szasz, no podría ser una enfermedad ni conceptuarse como tal cuando James Parkinson escribió su famoso *Essay on the Shaking Palsy* en 1817. De hecho, comentando su origen, Charcot (1877) asignó una gran importancia a las ‘violentas emociones morales’ frecuentemente provocadas por los disturbios políticos que agitaban Francia en aquel momento. Sin embargo, poco antes de la Primera Guerra Mundial, los anatomopatólogos europeos descubrieron lesiones en el cuerpo estriado y estructuras vecinas. Aplicando el criterio del Dr. Szasz, el parkinsonismo fue repentinamente transformado de la categoría (y) a la categoría (x) y quienes lo padecían pasaron de la noche a la mañana a ser conceptuados como pacientes. [...] Por otra parte,

²⁰⁹ Roth, M. “Schizophrenia and the Theories of Thomas Szasz”. *Br J Psychiatry* 1976 ;129 :317-26 ; p. 317.

existen buenos ejemplos de enfermedades a las que se creía desde hace tiempo debidas a una lesión física concreta hasta que el avance del conocimiento demostró que esta teoría era falsa. Hace cuarenta años, los libros de texto de medicina y fisiología contenían imágenes de chicas jóvenes extremadamente delgadas que padecían una dolencia denominada enfermedad de Simmonds atribuida a deficiencia de la hipófisis anterior. Presumiblemente, el diagnóstico y tratamiento de estos casos indudablemente patológicos estaba justificado. Pero las investigaciones de los psiquiatras y los endocrinólogos demostraron que la explicación de la enfermedad aceptada hasta entonces estaba equivocada. No existe lesión en la hipófisis ni en ninguna otra localización. Se sospecha la existencia de alguna sutil alteración endocrinológica, pero no existen pruebas. Por otra parte, generalmente hay problemas de maduración, el entorno familiar está alterado y un desequilibrio de las relaciones familiares. Según el criterio de Szasz, estas jóvenes ya no padecen una enfermedad, sino que simplemente presentan ‘formas particulares de conducta personal’. El hecho de que sin tratamiento una elevada proporción fallezca a los pocos años carece de importancia en este orden de cosas”.²¹⁰

Roth considera ocioso aportar más ejemplos, pero hace una observación que parece pensada a la medida de Fernando Savater:

“Pero es necesario dejar perfectamente claros estos asuntos debido a que Szasz es un brillante escritor que, trabajando tras una cortina de humo de erudición, estira los hechos como Procrusto²¹¹ y disfraza los absurdos de forma que a algunos médicos y legos en medicina les parecen verdades evidentes y axiomáticas. Los psiquiatras son de nuevo acusados de ‘inventar’ o ‘fabricar’ enfermedades mentales por razones innobles.”²¹²

Ciertamente, la etiología de la esquizofrenia sigue por determinar. Pero la inespecificidad de los hallazgos de las investigaciones sobre su sustrato material no

²¹⁰ Roth, M. *Ibíd.*, pp. 317-318.

²¹¹ Personaje mitológico que según la leyenda tendía en una cama de hierro a los caminantes desprevenidos que caían en sus manos. Después de atados, si sus miembros no alcanzaban el largo del lecho, los estiraba hasta que tuvieran la misma longitud y, si eran más largos, cortaba la parte sobrante.

²¹² Roth, M. “Schizophrenia and the Theories...”; p. 318.

significa que se trate de una invención. En vez de negarla con los argumentos pueriles de Szasz, parece necesario admitir, simplemente, que la naturaleza de la condición esquizofrénica sigue resistiéndose a ser sustanciada en términos fisiopatológicos. Hoy la situación puede resumirse así:

“Infortunadamente el término ha sido y es utilizado en muchos sentidos. En el más tradicional de la patología, como especie morbosa (como una enfermedad con una causa, una patogenia, unos síntomas, un curso, un desenlace y una terapéutica), cuanto ha pretendido buscar su sustancia, hasta ahora, ha fracasado. Fracasó, primero, el absolutismo genético, la gran esperanza; fracasó la investigación cerebro-corporal; fracasó la búsqueda de un trastorno fundamental y la definición de subgrupos desde los que construir una esquizofrenia nuclear; fracasó concretar criterios diagnósticos unívocos y otros predictores de evolución, curso, pronóstico, respuesta a tratamiento y recaídas; fracasó contraponerla a los trastornos afectivos y delimitarla frente a los de la personalidad; fracasó especificar una estructura familiar y un modo de comunicación con los otros; fracasó, también, encontrar una terapéutica específica. ¿Cómo extrañarse, pues, ante propuestas de renunciar a esa substancialidad esquizofrénica?”²¹³

2.3. Cordura o locura, ¿cuestión de grado?

Savater comete un error de base *fundamental* al no diferenciar claramente los trastornos psiquiátricos de aquellas alteraciones que no lo son. Así los expone refiriéndose a Spinoza:

“Lo que señala aquí Spinoza, sin entrar en ulteriores consideraciones peculiares sobre su pensamiento, es la *continuidad* entre los trastornos de conducta que llamaríamos psíquicos y los que solemos tener por estrictamente morales: en ambos casos queda restringida la plural y social respuesta humana a

²¹³ Colodrón, A. *La condición esquizofrénica*. Madrid: Triacastela, 2002; p. 306.

los estímulos que desde la realidad nos afectan en una unilateralidad aislacionista de consecuencias nocivas o al menos ridículas”.²¹⁴

Al final, nuestro autor acaba llevando la salud mental a su terreno, la ética, para apoyar las interpretaciones psicodinámicas de la enfermedad mental:

“ ‘El problema de la salud psíquica y de la neurosis está ligado inseparablemente al problema de la ética. Puede decirse que toda neurosis constituye un problema moral’. [...] ‘En una psicoterapia, el paciente está en condiciones de igualdad con su médico: tiene el derecho de estar enfermo, el de reclamar la salud y el de reivindicar la entera responsabilidad de sus opiniones personales, políticas o ideológicas’ ”.²¹⁵

Esta supuesta libertad del paciente sometido a tratamiento psicoterapéutico, en contraste con los tratamientos psiquiátricos biológicos (psicofármacos y terapia electroconvulsiva), es un discutible concepto que Savater también obtiene de Szasz:

“La opinión de Szasz acerca de la libertad que se da en el marco de la intervención psicoanalítica (y, por extensión, en el marco de la psicoterapia) es la mayor de sus ingenuidades y el campo de uso y abuso de poder más peligroso en la realidad de la práctica clínica (evidentemente, no solo del psiquiatra).”²¹⁶

Savater acude incluso a Spinoza y Diderot en busca de “coincidencias y solapamientos” entre medicina y moral:

“En cierto sentido, la reprobación contra el vicioso es tan superflua como lo sería la reprobación contra el loco; en ambos casos una injerencia de lo exterior monopoliza indebidamente la atención y capacidad de acción del sujeto; pero también en uno y otro caso puede decirse que al delirantemente afectado le

²¹⁴ Savater, F. “¿Enfermedad mental...”, p. 284.

²¹⁵ Savater, F. *Ibid.*, p. 285.

²¹⁶ Baca Baldomero, E. “Los límites de la psiquiatría: entre la demanda de curación y la búsqueda de la felicidad.” En: *Hechos y valores en psiquiatría*. Madrid: Triacastela, 2003; pp. 529-564; p. 543.

vendría bien recuperar la noción racional de lo que en verdad le conviene. Tal podría ser la tarea de la filosofía moral y de la terapia psíquica”.²¹⁷

Es decir, para Savater no parece existir una frontera definida entre la enfermedad mental y la salud, entre las opciones morales y la insania. Sobre este punto de vista, muy extendido en ciertos sectores, Vallejo Ruiloba argumenta así:

“No estamos de acuerdo con las corrientes de orientación dinámica y sociológica que ven la enfermedad mental como una simple variación cuantitativa de la norma, bajo el supuesto de que todos mantenemos estructuras psicóticas (corriente psicodinámica) o de que la manifestación personal de la locura es una prolongación de la alienación colectiva (corriente sociológica). [...]. Es decir, así como no consideramos formalmente correcto el dicho popular ‘todos estamos un poco locos’, si nos parece adecuado un nivel más o menos elevado de neuroticismo o psicopatía en todos los sujetos. No tiene sentido considerar estos trastornos como estrictas enfermedades, ya que únicamente suponen un problema cuantitativo (a veces importante) personal del sujeto.”²¹⁸

2.4. Trastorno mental y creatividad

En varias ocasiones alude Savater a la supuesta relación entre el talento creador y la enfermedad mental, ya se trate de un trastorno psicopatológico o de la alteración psíquica buscada deliberadamente mediante el consumo de fármacos psicoactivos, y utiliza los casos de conocidos creadores como ejemplos para ilustrar su tesis:

“El psicoanalista E. Jacobson ha acuñado una denominación paradójica – ‘psicóticos sanos’ – para calificar a personajes como August Strindberg, Vincent Van Gogh, Eduard Munch, Kierkegaard, Nietzsche, etc... que convirtieron sus indudables síntomas maníacos en memorables logros creadores.”²¹⁹

²¹⁷ Savater, F. *Ibíd.*, p. 284.

²¹⁸ Vallejo Ruiloba, J. *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*. Barcelona: Masson-Salvat, (3ª Ed.) 1991; pp. 35-36.

²¹⁹ Savater, F. “¿Salvación o salud?” En: *Perdonadme ortodoxos*. Madrid: Alianza Editorial, 1986 (1ª Ed.); pp. 187-193; pp. 192-193.

“¿Le habría venido bien a Edgard Allan Poe, por ejemplo, no haber sido alcohólico? Probablemente, si no hubiera sido un dipsómano impenitente habría llegado a ser, qué digo yo, registrador de la propiedad o ingeniero de montes..., algo sin duda muy interesante y útil, pero nunca el Poe que conocemos. [...] Cuando Mahler fue a ver si Freud le curaba de lo que éste llamaba, muy púdicamente, una sexualidad distraída con Alma Mahler –quien por otra parte disponía de una sexualidad muy atenta– vino a decirle: ‘mire usted, a lo mejor puedo hacer algo para intentar curarle, pero puede dejar de ser Mahler’.”²²⁰

Contrastar con los hechos esta arraigada idea no resulta fácil. En primer lugar, no es frecuente encontrar biografías objetivas que no sean un panegírico carente de sentido crítico o una interpretación interesada e ideológicamente sesgada de la obra del biografiado:

“Las mitificaciones falseadas excluyen, por supuesto, cualquier limitación o defecto, presentando a las ‘grandes figuras’ como auténticos modelos de todas las virtudes. A este respecto, Hollywood ha llegado al colmo. Baste recordar la vieja película sobre Marie Sklodowska Curie, protagonizada por Greer Garson, en la que aparecía como la cumbre de la fidelidad conyugal y de la castidad. Son muy escasos los libros sobre Vesalio, Newton, Claude Bernard o Einstein que no consisten en hagiografías laicas”.²²¹

En el caso de Ramón y Cajal, los estudios de Pedro Laín Entralgo, Agustín Albarracín Teulon y, especialmente, José M^a López Piñero han ido proporcionando una imagen cada vez más fiel y documentada del premio Nobel español. Pero otros personajes todavía se encuentran por estudiar con rigor y desapasionamiento, como ocurre con el cirujano Federico Rubio y Gali (1827-1902). La lamentable situación de los estudios sobre este médico gaditano puede ser un ejemplo de lo que *no debe ser* una biografía:

“Las biografías de Eugenio Gutierrez, José Alvarez Sierra y Gabriel Sánchez Cuesta, son los ejemplos más emblemáticos y acabados de esta

²²⁰ Savater, F. “Enfermos de salud”. Madrid: Creaciones Elba, 1991; p. 9.

²²¹ López Piñero, J.M. *Santiago Ramón y Cajal*. Valencia: Publicaciones de la Universidad de Valencia, 2006; Granada: Editorial Universidad de Granada, 2006; p. 12.

tendencia. En las tres obras se combinan el relato de anécdotas de difícil comprobación, la exaltación desmesurada de su figura, la ocultación de datos, la ausencia de la más mínima crítica al protagonista y desde luego la inexistencia de una contextualización histórica que permita una valoración de sus aportaciones a la medicina española. Rubio es presentado en las tres como un personaje perfecto (buen maestro, buen cirujano, buena persona) que se convierte en una suerte de genio, de héroe solitario rodeado de meros comparsas, desapareciendo completamente el marco histórico en el que se desarrolló su vida.”²²²

Como nos recuerda el profesor Peset, no resulta fácil centrarse en el personaje y a la vez contextualizar equilibradamente su obra:

“Toda narración de sucesos no inventados es recorrida por tensiones entre contexto y lógica interna, historia y estructura, época y sistema, que no se solucionan con introducciones anecdóticas o de panorama histórico”.²²³

Una biografía no debería ser un cronología trufada de anécdotas, relaciones sociales e incidentes superfluos para buscar una “humanización” del personaje, en las que la obra del biografiado parece una incómodo apéndice. Esta tendencia, auxiliada por una corriente de empatía hacia el personaje, hace fácil condescender benévola ante sus extravagancias y disculpar como simpáticas originalidades todo tipo de rarezas e intemperancias o bien, sencillamente, omitirlas. Y de ahí a valorar como cualidades los rasgos psicopatológicos sólo hay un paso.

Aunque en la mayoría de los casos no tenemos más medio para conocer a un personaje que su biografía, mejor o peor documentada, existen algunos contados casos en que el biógrafo conoció y trató al biografiado. Sin embargo, esto no garantiza en absoluto ni la objetividad ni la exhaustividad del relato biográfico. Incluso esa proximidad puede condicionar el interés biográfico y no a la inversa. En ocasiones, la

²²² Campos Martín, R. “Algunas reflexiones sobre la biografía divulgativa. Los casos de Monlau, Rubio y Giné”. *Asclepio* 2005; 57 (1): 149-165; p. 162-163.

²²³ Peset, J.L. “Ciencia y vida: ¿una imposible conjunción?”. *Asclepio* 2005; 57 (1): 9-21; p. 14.

familiaridad con el personaje puede transformar al biógrafo en prosélito, seducido por la personalidad de la figura estudiada. Ejemplos no faltan.²²⁴

También Savater reflexiona sobre el inevitable “anovelamiento” del relato biográfico:

“La biografía es la novela que sabemos escribir los que no sabemos escribir novelas. También sirve de refugio para quienes, como yo, descreen de la historia o la deploran, pero no por ello dejan de sentirse fascinados por el pasado.”²²⁵

En efecto, el filósofo vasco hizo una incursión en el terreno de la biografía con *Apóstatas razonables*²²⁶, en la que se interesaba por personajes tan dispares como Lope de Aguirre, C.G. Jung o A.J. Toynbee. Posiblemente fuese la discordancia de estos personajes con su entorno social, o su oposición manifiesta al mismo, el que diese a sus figuras el interés que hoy conservan. Es una acertada contextualización de su obra la que todavía llama nuestra atención, a veces siglos después de los acontecimientos que relata el biógrafo. Así lo explica el profesor Luis Montiel:

“A mi parecer, en las biografías revive, o se vivifica ante nosotros, una época. Los datos concretos que suministran deben ser sin duda contrastados con los procedentes de otras fuentes; pero tanto en la autobiografía como en la biografía escrita por un contemporáneo, y también en la compuesta desde la distancia, pero con rigor y sensibilidad, está presente algo que, a mi parecer, no tiene precio: la *atmósfera*, aquello que decide si el historiador va a llegar a participar en su historia, o si va a limitarse a considerarla”.²²⁷

Pero si importante es el ambiente y el contexto, no lo es menos la psicología del personaje, por difícil que sea acceder a ella y pese a los riesgos de interpretarla a través

²²⁴ Gómez-Santos, M. *Severo Ochoa y España*. Madrid: Trotta, 2005. Pero también existen visiones equilibradas. Véase, para este mismo personaje, Santesmases, M.J. *Severo Ochoa: de músculos a proteínas*. Madrid: Síntesis, 2005.

²²⁵ Savater, F. “Prólogo a la edición de 1976”. En: *Apóstatas razonables*. Barcelona: Ariel, 2007; p. 9.

²²⁶ Barcelona: Madrágora, (1ª Ed.), 1976.

²²⁷ Montiel, L. “Biografías médicas. Una reflexión desde la ambigüedad”. *Asclepio* 2005; 57 (1): 43-53; pp. 52-53.

de nuestros puntos de vista. Obviar la subjetividad del biografiado sería tan empobrecedor como no situarle en su época. Lo subjetivo no deja de existir por omitirlo o negarlo, ya sea por dificultades para acceder a ello o por prejuicios ideológicos para interpretarlo, tan difundidos en ciertos sectores. Así critica Savater esta actitud:

“Cuanto contribuye a reforzar el mito oscurantista de la *muerte del sujeto y del individuo*, esa superstición totalitaria de la modernidad antiilustrada, merece aquiescente reverencia.”²²⁸

En efecto, ha existido una mal definida corriente denominada “Nueva Historia”, encabezada por historiadores como Emmanuel Leroy-Ladurie, Jacques Le Goff o Fernand Braudel, que en torno a la revista francesa *Annales*²²⁹ quiso alejarse, hace algunas décadas, de los planteamientos historiográficos tradicionales. No decimos que Savater siga estos planteamientos, pero es un indudable que, según este modo de ver la historia, los dirigentes políticos o ideológicos ocupaban un segundo plano y los verdaderos protagonistas de la historia eran los movimientos y estructuras sociales. Sin dejar de reconocer las aportaciones de esta escuela de contornos considerablemente difusos, la presencia en ella de historiadores valiosos, ni su influencia –muy escasa fuera del ámbito universitario–, sus desfavorables efectos sobre el género biográfico resultan innegables:

“No podría silenciarse un hecho importante para nuestro propósito: la concepción de la historia propugnada por la mayor parte de los miembros de esta escuela ha hecho mucho daño –al menos en Francia–, al desarrollo de un género que sin embargo ha producido obras maestras: la biografía”.²³⁰

El escaso valor atribuido por la “Nueva Historia” a los acontecimientos concretos supone reducir el papel de las personalidades que influyen directamente en aquellos, restando importancia a los estudio biográficos. Ciertamente, existen escritores que, coincidiendo con Savater en su apreciación de que la biografía es la novela de los

²²⁸ Savater, F. “Formas de hablar”. *El País*, 29-05-1989

²²⁹ Entre 1929 y 1938 llevó por título *Annales d'histoire économique et sociale*; desde 1939 se llamó *Annales d'histoire sociale*; de 1942 a 1944 se tituló *Mélanges d'histoire sociale*, hasta llegar a su título actual: *Annales. Economies, Sociétés, Civilisations*.

²³⁰ Pillorget, R. “La biografía, género histórico. Evolución reciente en Francia.” En: *Las individualidades en la historia*. Pamplona: Ediciones de la Universidad de Navarra, 1985; p. 82.

que no saben escribirla, no buscan sino realizar un obra de arte. Este parece ser el caso de “La vida del doctor Samuel Johnson” de James Boswell (1740-1795), reputada como una de las mejores biografías en lengua inglesa y muy elogiada por Savater [véase Savater, F. “Prólogo”. En: Boswell, J. *La vida del doctor Samuel Johnson*. Madrid: Espasa Calpe, 1998 (2ª Ed.): 9-13]. Pero hay lectores que no esperan de una biografía tan solo el mérito literario, sino que buscan el rigor científico, la fidelidad a los hechos, para utilizarlos incluso como referencia:

“La biografía puede despertar entre algunos de los lectores sentimientos elevados. Puede darle confianza, mostrándole lo que puede llegar a ser y lo que puede lograr la fuerza y el éxito de un hombre. Puede, también, evidentemente presentar el peligro de excitar solamente la imaginación en lugar de servir de estímulo a la acción. Sin embargo, si logra mostrar que a los acontecimientos trágicos o grandiosos, sucede la calma y el olvido, y que, junto a nobles ambiciones, existe la vanidad de ciertos éxitos o el carácter efímero de algunos triunfos, la biografía puede ejercer una influencia benéfica y tranquilizadora.”²³¹

Es razonable asumir que tanto negar la influencia de factores biográficos individuales como hacer depender exclusivamente de ellos los logros de un personaje son exageraciones que no contribuyen al propósito central de toda biografía, es decir, a conocer y entender lo sucedido. Pero es en el terreno de la literatura, la historia religiosa y las artes plásticas donde la separación de obra y hombre resulta imposible. Para ello, tradicionalmente, se ha recurrido al análisis de toda la documentación generada por el personaje biografiado:

“Sin embargo, hay historiadores de diversas épocas que no se han atenido a este método que podríamos llamar ‘clásico’, sino que han preferido explicar a ciertos personajes, al menos parcialmente, por el psicoanálisis, por el recurso al estudio de las estructuras familiares, sociales o institucionales.”²³²

Volviendo por fin a los planteamientos de Savater, que pretende explicar la creatividad en función, y no a pesar, de los trastornos mentales, nos encontramos que,

²³¹ Pillorget, R. “La biografía, género histórico. Evolución reciente en Francia.”, p. 85.

²³² Pillorget, R. *Ibíd.*, p. 95.

en los casos en que se ha pretendido explicar comportamientos en términos psicoanalíticos –en particular en biografías religiosas– los especialistas han criticado vivamente este proceder. Si con el paciente dentro de su despacho un psiquiatra puede tener dificultades para establecer el diagnóstico exacto, hacerlo de forma retrospectiva puede llevarnos a un terreno muy resbaladizo, por no decir al ámbito de la conjetura o la interpretación caprichosa.

“La mayor parte piensan, en efecto, que su técnica, para ser eficaz, debe aplicarse a personas vivas, extendidas en divanes, que escuchan y responden, y no por medio de escritos, por abundantes que estos sean.”²³³

La dificultad del diagnóstico es obvia si recordamos el caso de Ellen West, pseudónimo de una paciente del psiquiatra suizo Ludwig Binswanger, etiquetada de neurosis obsesiva por un analista, de esquizofrenia por E. Bleuler y de melancolía por Kraepelin.²³⁴ Esta es quizá una de las razones del descrédito de la patobiografía, género “fuertemente cuestionado, cuando no abiertamente rechazado, por muchos historiadores en la actualidad”²³⁵. A este respecto, y sólo por referirnos a este género cultivado en España, podemos resumir la situación como sigue, tras una búsqueda de bibliografía al respecto en revistas españolas de medicina y psiquiatría, supuestamente las más rigurosas a la hora de seleccionar sus contenidos:

“En esta muestra destaca claramente el número de trabajos referentes a Goya y el debate sobre su enfermedad (8). Sobre los miembros de la realeza, hay varios textos dedicados a Fernando VI (a partir del famoso informe de Andrés Piquer sobre su enfermedad y muerte), al príncipe Don Carlos, a las depresiones del emperador Carlos V y, desde luego, a Juana la Loca.

No faltan las indagaciones sobre la trastienda mental de escritores como San Juan de la Cruz, Lope de Vega o Mosén Jacinto Verdaguer. También han sido objeto de interés los (discutidos) problemas mentales de criminales

²³³ Pillorget, R. *Ibíd.*, p. 97.

²³⁴ Vallejo Ruiloba, J. *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*. Barcelona: Masson-Salvat, 1991 (3ª Ed.), p. 21.

²³⁵ Lázaro, J; Bujosa, F. *Historiografía de la psiquiatría española*. Madrid: Triacastela, 2000; p. 182.

célebres, como el cura Galeote, que asesinó al obispo de Madrid-Alcalá, o Aurora Rodríguez que dio muerte a su hija Hildegard.

Y aunque este grupo de trabajos no pretende ser más que una muestra, da una idea bastante clara de lo que puede encontrar quien se interese por rastrear otros ejemplos de este género historiográfico, algo desacreditado y caído en desuso”.²³⁶

Por si esto fuera poco, la terminología médica de la enfermedades somáticas es extremadamente variable, hasta el punto de que no podemos asegurar que un galeno del siglo XVIII hablase exactamente de lo mismo que un médico actual cuando utilizan los mismos términos, independientemente de la evolución cultural del significado de la terminología de las enfermedades.²³⁷ Obviamente, si las dificultades del diagnóstico retrospectivo de la enfermedades somáticas es arriesgado, el de los desequilibrios o trastornos mentales se aventura en el terreno de lo temerario.²³⁸ De hecho, la introducción de explicaciones psicológicas, y concretamente psicoanalíticas, forma parte de la peor tradición del género biográfico:

“La *explicación psicológica* era uno de los recursos tópicos de la historiografía, como es sabido, desde bien al principio. Aunque, si bien se había acomodado con cierta facilidad a los desarrollos más primitivos de la psicología como ciencia, la irrupción del psicoanálisis la perturbó, y le supuso un reto. [...] La biografía ha sido, según esta rejilla de factura freudiana, un terreno abonado para la interpretación psicoanalítica (o si se prefiere, el derivado *psicohistoria*), para la aplicación de las teorías o enfoques del psicoanálisis como herramienta principal o, por el contrario, su respaldo como referente vago y general. [...] Pero más censurable es, con todo, la tentación de introducir en el relato, usos vulgares de conceptos psicoanalíticos como ‘complejo de inferioridad’, ‘represión’, ‘subconsciente’ o ‘introversión’, por citar los más frecuentes tópicos, ajenos a su marco teórico y tantas veces aplicados sin rigor. [...] Con todo, no exageran

²³⁶ Lázaro, J; Bujosa, F. *Ibíd.*, p. 183.

²³⁷ Arrizabalaga, J. “El léxico médico del pasado: los nombres de las enfermedades”. *Panace@. Boletín de Medicina y Traducción*, 2006; 7(24): 242-249.

²³⁸ Arrizabalaga, J. “Problematizing retrospective diagnosis in the history of disease”, *Asclepio*, 2002, 54 (1): 51-70..

quienes piensan, sopesando los fallidos trabajos de más de un *psicohistoriador*, que ‘la mayoría de los esfuerzos para casar a la psicología con la historia han acabado en divorcio o directamente en canibalismo.’”²³⁹

No obstante, las patobiografías sigue teniendo una presencia destacada en las publicaciones médicas y la proliferación derivada del éxito editorial que hoy conoce el género biográfico en general –tras uno período en que estuvo muy desacreditado– nos lleva a no esperar demasiadas pretensiones historiográficas, sino más bien a ver este tipo de obras como mera “erudición jocosa”, en palabras de J.A. Vallejo-Nágera.²⁴⁰ Sirva como ejemplo que entre 1959 y 2006 se han publicado al menos setenta y tres trabajos²⁴¹ sobre las dolencias del pintor Vincent van Gogh (1853-1890), por citar un ejemplo de talento creador con una enfermedad psiquiátrica indudable y relativamente próximo en el tiempo.

Intentando profundizar más en la supuesta correlación entre creatividad y enfermedad mental, tema recurrente en psiquiatría, se han llevado a cabo curiosos estudios, a los que el psiquiatra Juan Medrano²⁴² pasa revista aportando algunas conclusiones que vienen a desmontar lo que parece ser un mito o una simple moda.

En 1987 Andreasen comparó 30 escritores y sus familiares de primer grado con 30 controles y sus correspondientes familiares; los escritores y sus parientes se caracterizaban por una mayor presencia de patología afectiva, especialmente bipolar.²⁴³ Más adelante Jamison profundizó en la relación del trastorno bipolar con la creatividad, apreciando un carácter episódico en la producción de algunos escritores.²⁴⁴

F. Post en 1994 expuso los resultados de un pormenorizado estudio biográfico-patográfico de 291 hombres notables, tratando de verificar su hipótesis de que los

²³⁹ Hernández Sandoica, E. “La biografía, entre el valor ejemplar y la experiencia vivida”. *Asclepio* 2005; 57 (1): 23-41; pp. 30-31 y p. 33.

²⁴⁰ Vallejo-Nágera, JA. *Locos egregios*. Barcelona: Planeta, 1993 (11ª Ed.); p. 11.

²⁴¹ Búsqueda preliminar en PubMed realizada el 12-07-08.

²⁴² Medrano, J. “Genio y enfermedad mental.” 25.1.04. En: www.ome-aen.org/insolito.htm. (consultado el 13.07.08).

²⁴³ Andreasen, NC. “Creativity and mental illness: prevalence rates in writers and their first-degree relatives.” *Am J Psychiatry* 1987; 144: 1.288-92.

²⁴⁴ Jamison, KR. “Mood disorders and patterns of creativity in British writers and artists.” *Psychiatry* 1989; 52: 125-34.

genios de épocas pasadas eran más serios y menos trastornados que los de nuestros días. Dividió para ello a los preclaros humanos estudiados en seis grupos (científicos, compositores, políticos, artistas, escritores y pensadores), y clasificó su psicopatología en ausente, leve, marcada y severa. Pudo encontrar múltiples casos de trastornos psiquiátricos severos en su muestra de 291 genios de otras épocas, lo que le demostró que la genialidad ha llevado pareja psicopatología en cualquier momento de la Historia.²⁴⁵

G.I. Wills²⁴⁶ estudió un subtipo de creadores dedicados al Jazz americano (entre 1945 y 1960). Excluyendo a los creadores vivos, se reunió a un total de 40 virtuosos de diferentes instrumentos. Según su estudio algo más de la mitad (52,5%) cumplieron en algún momento de sus vidas criterios de dependencia de heroína y más de un cuarto (27,5%) fueron dependientes del alcohol. Hay también depresiones (28,5%), ciclotimias, ingresos psiquiátricos, suicidios, esquizofrenias e incluso delirium y demencia por uso de sustancias. Un aspecto original es que el doctor Wills se detiene en un determinado aspecto de este tipo de estudios: la búsqueda de sensaciones, de la que avanza que podría explicar algunas conductas que desde el punto de vista nosológico son trastornos psiquiátricos (consumo de sustancias, vida disoluta, etc). Podría ser que la búsqueda de sensaciones fuera el nexo común de la creatividad y la patología psiquiátrica. En el mismo número de la revista, R. Poole, psiquiatra y músico de jazz, replica con una serie de objeciones metodológicas como la fiabilidad de las fuentes, criterios de selección de artistas, criterios diagnósticos, sobreinclusión, ausencia de un grupo control... Por otra parte, es obvio que no puede compararse la repercusión sobre la creatividad de un abuso o dependencia de sustancias con el que tiene la esquizofrenia, como tampoco puede escindirse la elevada prevalencia de algunos trastornos (básicamente el abuso y dependencia de sustancias) de la época y el ambiente profesional en el que vivieron algunos artistas. El día que alguien realice un estudio de este tipo en estrellas musicales de los años 60 encontrará que casi el 100 % de cualquier muestra será diagnosticable de diversas dependencias.²⁴⁷ Concluye Juan Medrano:

²⁴⁵ Post, F. "Creativity and psychopathology. A Study of 291 world-famous men." *Br J Psychiatry* 1994; 165: 22-34.

²⁴⁶ Wills, GI. "Forty lives in the bebop business: mental health in a group of eminent jazz musicians." *The British Journal of Psychiatry* 2003; 183: 255-259.

²⁴⁷ Poole, R. "'Kind of Blue': creativity, mental disorder and jazz." *Br J Psychiatry* 2003; 183: 193-194.

“También hay que cuestionarse el porqué de esta insistencia en relacionar la genialidad con la enfermedad, por mucho que estos estudios se justifiquen desde la reivindicación de las cualidades y virtudes creativas de los enfermos mentales. ¿No se podría acusar a la Psiquiatría (o a las revistas que publican estos artículos) de una cierta intolerancia de todo tipo de desviaciones (positivas y negativas) de la normalidad estadística? [...] En resumen, que lo de las psicopatografías no debería considerarse mucho más que un divertimento o pasatiempo intelectual... o una oportunidad para que nos cuestionemos algunos tics de nuestra profesión.”

A pesar de todo, la perseverancia de quienes buscan determinantes biológicos de la creatividad parece inagotable. Recientemente, el psiquiatra M. Fitzgerald arguye que las formas especiales de creatividad están asociadas con un trastorno cognitivo conocido como síndrome de Asperger. Se trata de una forma leve de autismo que este autor cree reconocer en los extraños caracteres de Isaac Newton, que trabajó durante tres días ininterrumpidamente, o de George Orwell, Charles de Gaulle o Thomas Jefferson.²⁴⁸ Colin Blakemore, profesor de neurociencias en las universidades de Oxford y Warwick (Reino Unido), concluye su comentario con esta reflexión:

“La riqueza de la humanidad y el poder de nuestra cultura son en gran medida atribuibles a la diversidad de nuestras mentes. ¿Queremos un mundo en el que la creatividad asociada a la extravagancia y en los márgenes de la normalidad tenga que ser siempre medicalizada?”

Pero dejemos a un lado las opiniones de médicos y científicos para vislumbrar al menos lo que dicen los propios creadores. Si el sufrimiento como acicate de la creatividad tiene una larga tradición, los partidarios del bienestar como requisito para la misma tampoco escasean, y entre ellos se cuenta el propio Cervantes, quien en su “Prólogo” a *El Quijote* se refiere así a las condiciones favorables para la invención literaria:

“El sosiego, el lugar apacible, la amenidad de los campos, la serenidad de los cielos, el murmurar de las fuentes, la quietud del espíritu, son grande parte

²⁴⁸ Blakemore, C. “Los extravagantes y creativos genes de los genios.” *Diario Médico*, 7 de Marzo de 2008.

para que las musas más estériles se muestren fecundas y ofrezcan partos al mundo que le colmen de maravilla y de contento.”²⁴⁹

No obstante, sin salir de las páginas de *El Quijote*, encontramos que Rocinante, en su imaginario diálogo con Babieca, considera que las privaciones estimulan la imaginación:

“ B. ¿Cómo estáis, Rocinante, tan delgado?.

R. Porque nunca se come, y se trabaja.

B. Pues, ¿qué es de la cebada y de la paja?

R. No me deja mi amo ni un bocado.

B. Anda, señor, que estáis muy mal criado,
pues vuestra lengua de asno hablando ultraja.

R. Asno se es de la cuna a la mortaja.

¿Quereislo ver? Miraldo enamorado.

B. ¿Es necedad amar?

No es gran prudencia.

B. Metafísico estáis.

R. Es que no como.

B. Quejaos del escudero.

R. No es bastante.

B. ¿Cómo me he de quejar de mi dolencia
si el amo y el escudero o mayordomo
son tan rocines como Rocinante.”²⁵⁰

El novelista Antonio Muñoz Molina rechaza ambas posturas como anacronismos y apoya la dependencia de los actos humanos de las circunstancias históricas más que del carácter personal:

“Desde Flaubert, tal vez desde Baudelaire, el ejercicio de la literatura, que antes era un don de la pereza, busca impudicamente los prestigios del sufrimiento y aun de la maldición, lo cual, si bien se mira, es una extravagancia

²⁴⁹ Cervantes Saavedra, M. *El Quijote*. Madrid: Alfaguara, 2005; p.7.

²⁵⁰ Cervantes Saavedra, M. *Ibíd.*, p. 25.

reciente...[...] La falacia romántica del artista infeliz es lugar común e incluso artículo de fe que no pocas veces certifica la calidad de una biografía y de una obra. [...] Desde Flaubert a James Joyce se cimentó la teoría de la literatura como sufrimiento, y a la liviana imagen de las musas sucedió para siempre la mitología de hombre uncido a su pupitre, de la estéril desesperación, de la entrega disciplinaria a una pasión no correspondida que no sacia nunca la voluntad de quien escribe y acaba convirtiéndose en una preciada enfermedad del espíritu.”²⁵¹

En una conferencia, impartida en el Círculo de Bellas Artes de Madrid el día 15 de octubre de 1987, el novelista inglés Julian Barnes realizó una aguda crítica de cuantos opinan que el sufrimiento, la enfermedad y el vicio pueden ser el origen de la creación artística. La crítica de Barnes apunta a todos los intentos de buscar el origen de la creatividad artística en factores, más o menos patológicos, ajenos al talento y al esfuerzo del artista. Entre los múltiples ejemplos con que Barnes apoya su postura, recoge una pregunta que le fue planteada a Gabriel García Márquez acerca de si el alarde de imaginación y fantasía que se encuentra en sus libros procede en parte de estimulantes farmacológicos. Barnes reconoce el derecho de García Márquez a señalar al entrevistador la puerta de la calle, pero se alegra de que, en lugar de hacerlo, le diese esta respuesta:

“Los malos lectores me preguntan si yo me drogo cuando escribo mi obra; pero eso muestra que no saben nada ni de literatura ni de drogas. Para ser un buen escritor hay que estar totalmente lúcido en cada momento y además gozar de buena salud”.

Por el contrario, Savater no comparte esta manera de pensar y, mientras intenta justificar el consumo de sustancias psicoactivas, llega al extremo de considerar que son una ayuda para el intelecto, atribuyendo incluso a esa supuesta utilidad su principal valor:

“Las tesis que proponemos aquí y el llamamiento final no se refieren más que a los aspectos sociopolíticos del asunto, entre los que se incluyen los que por

²⁵¹ Muñoz Molina, A. “Duelo o placer de la escritura.” *El País*, 8-07-1986.

lo general suelen llamarse con impropiedad ‘éticos’ simplemente por algún residuo de creencia religiosa. Es decir, que no se habla de lo realmente importante en la cuestión de las drogas: sus posibilidades como fuente de placer o derivativo del dolor, como estimuladoras de la creatividad, como potenciadoras de la introspección y del conocimiento, en una palabra, sus aspectos de *auxiliares válidos para la vida humana*, en cuyo concepto han sido consumidas durante milenios, son consumidas hoy y lo seguirán siendo”.²⁵²

“En cuanto a las drogas, sabemos que hacen maravillas con el alma humana, razón por cierto de que algunas de las más interesantes estén prohibidas”.²⁵³

Savater elogia en estos términos las cualidades del LSD:

“El LSD es la más activa de todas las sustancias psicotrópicas conocidas, no produce adicción y no se le conoce dosis por alta que sea de resultados directamente letales. Aunque el más popular de sus propagandistas fue el superficial Timothy Leary, espíritus mucho más selectos, como Huxley o Jünger han considerado esta droga como un potenciador excepcional de las capacidades humanas”.²⁵⁴

Sin embargo, el filósofo y matemático Bertrand Russell (1872-1970), tan apreciado por Savater²⁵⁵, expresaba en 1930 una opinión diametralmente opuesta:

“El odio a la razón, tan común en nuestra época se debe en gran parte al hecho de que el funcionamiento de la razón no se concibe de un modo suficientemente fundamental. El hombre dividido y enfrentado a sí mismo busca excitación y distracción. Le atraen las pasiones fuertes, pero no por razones sólidas sino porque de momento le sacan fuera de sí mismo y le evitan la dolorosa necesidad de pensar. Para él, toda pasión es una forma de intoxicación.

²⁵² Savater, F. “Tesis sociopolíticas sobre las drogas”. En: *Ética como amor propio*. Madrid: Mondadori España, 1988: 287-294; p. 288.

²⁵³ Savater, F. “¿Enfermedad mental o enfermedad moral?”. En: *Ética como amor propio*. Madrid: Mondadori España, 1988: 274-286; p. 278.

²⁵⁴ Savater, F. “Las drogas sin pánico”. *El País*, 22-05-1987.

²⁵⁵ Savater, F. *Mira por donde*. Madrid: Taurus; pp.167-168.

Sin embargo, este es un síntoma de una enfermedad muy arraigada. Cuando esta enfermedad no existe, la mayor felicidad se deriva del completo dominio de las propias facultades. Los gozos más intensos se experimentan en los momentos en que la mente está más activa y se olvidan menos cosas. De hecho, esta es una de las mejores piedras de toque de la felicidad. La felicidad que requiere intoxicación, sea del tipo que sea, es espuria y no satisface. La felicidad auténticamente satisfactoria va acompañada del pleno ejercicio de nuestras facultades y de la plena comprensión del mundo en que vivimos.”²⁵⁶

Cualquiera que sea la posición que defendamos, resultaría decepcionante tener que reconocer que la creación artística o especulativa es el resultado azaroso de la biología, un asunto de neurotransmisores y sinapsis. La enfermedad o el consumo de sustancias no están en el origen de la creatividad, como afirma Savater, aunque puedan, en el mejor de los casos, acompañarla. Si los males del cuerpo o del espíritu tuviesen un peso decisivo en la creación intelectual, esta quedaría condicionada por el mismo determinismo biológico inapelable que Savater lamenta siempre que tiene ocasión.²⁵⁷ La posibilidad de elegir, que no otra cosa es la libertad por la que clama nuestro autor constantemente, se pierde total o parcialmente, de modo definitivo o transitorio, de forma involuntaria o deliberada ante un trastorno psiquiátrico o el efecto psicotropeo de un estupefaciente. En contra de la opinión de Savater, creemos que la enfermedad no supone un estímulo para la creatividad o el trabajo intelectual, los cuales, en algunos casos, puede seguir adelante *a pesar* de y no gracias a los padecimientos físicos o mentales. Refiriéndose en concreto a la patología mental, Vallejo Ruiloba lo expresa así:

“Sólo la ignorancia o una filigrana literaria o demagógica permiten mostrar la enfermedad mental como un estado satisfactorio y fructífero.”²⁵⁸

²⁵⁶ Russell, B. *La conquista de la felicidad*. Madrid: Diario El País, 2003; pp. 105-106.

²⁵⁷ “La culpabilidad es una relación humana y por tanto discutible, convencional, reversible; la enfermedad es un proceso biológico que nos somete a su necesidad.” Savater, F. “El Estado Clínico”. En: *Humanismo impenitente*. Barcelona: Anagrama, 1990; p.143.

²⁵⁸ Vallejo Ruiloba, J. *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*. Barcelona: Masson, 1998 (4ª Ed.), p. 34.

2.5. El psicoanálisis

Los dos puntos anteriores llevan a nuestro autor a rechazar los tratamientos psiquiátricos biológicos desarrollados en el siglo XX en favor de los psicodinámicos, que según él, buscan un trato de igual a igual con el paciente. Así, defiende el psicoanálisis, precisamente por que carece, a su entender, de valor terapéutico:

“Recuerdo a un antiguo profesor mío que me decía: “Desengañese, el psicoanálisis no cura”. Efectivamente, le respondía yo, no cura, *pero es la única psicología que explica por qué no hay curación posible*. Lo importante es que ha hecho cambiar de signo el concepto mismo de enfermedad mental.”²⁵⁹

La actitud de nuestro autor sobre el valor terapéutico del psicoanálisis parece ser un tópico antipsiquiátrico, posiblemente obtenido de Michel Foucault, quien al respecto señalaba:

“Voy a citar otro ejemplo en el campo de la psiquiatría. Puede afirmarse que la primera forma de antipsiquiatría fue el psicoanálisis, que a finales del siglo XIX constituyó un proyecto de desmedicalización de varios fenómenos que la gran sintomatología psiquiátrica del propio siglo había clasificado como enfermedades. Esta antipsiquiatría es el psicoanálisis, no solamente de la histeria y la neurosis que Freud trató de retirar de los psiquiatras, sino una medicalización importante, pues la propia conducta cotidiana está actualmente sujeta a la actividad psicoanalítica, y aunque ahora se opone al psicoanálisis una antipsiquiatría o un antipsicoanálisis, se trata todavía de una actividad y un discurso de tipo médico más o menos elaborado con una perspectiva médica o a base de un saber médico. No se logra salir de la medicalización y todos los esfuerzos en este sentido se remiten a un saber médico”.²⁶⁰

Esta misma idea aparece en *El poder psiquiátrico* de Foucault, citada y valorada como sigue por Rafael Huertas:

²⁵⁹ Savater, F. “C.J. Jung: un gnóstico contemporáneo”. En: *Apóstatas razonables*. Barcelona: Madrágora, 1976 (1ª Ed); pp. 61-87; p. 76.

²⁶⁰ Foucault, M. “La crisis de la medicina o la crisis de la antimedicina”. *Educ Med Salud* 1976; 10(2): 152-170; p. 163-4.

“La originalidad de Foucault consiste en contraponer la demencia frente a la histeria. El demente es descrito como el resultado del poder médico y de la disciplina asilar, una disciplina que acaba puliendo los síntomas para construir una locura uniforme y aprehensible. Frente a la demencia, la histeria, con su variedad de síntomas y recursos. ‘La histeria’ –afirma Foucault– ‘fue la manera concreta de defenderse de la demencia; la única manera de no ser demente en un hospital del siglo XIX consistía en ser histérico, esto es oponer a la presión que aniquilaba y borraba los síntomas, la constitución, la erección visible, plástica de toda una panoplia de síntomas’. Por esta razón, por no aceptar ni la disciplina, ni el poder, ni la verdad, Foucault llega a definir a la histérica como ‘la primera militante de la antipsiquiatría’.”²⁶¹

No por sabido debemos dejar de recordar a Savater que existe un límite nítido entre neurosis y psicosis, con un amplio consenso en el sentido de que las intervenciones psicodinámicas no están indicadas en el tratamiento de las psicosis:

“La mayor parte de los psiquiatras están de acuerdo en que las psicosis son enfermedades desde un punto de vista médico y en que los pacientes psicóticos deben ser tratados por médicos, si bien algunos admiten la posibilidad de que las neurosis y los trastornos de personalidad sean tratados más adecuadamente por psicólogos.”²⁶²

Actualmente, parece que la indicación principal de la psicoterapia psicoanalítica se encuentra entre las neurosis y los trastornos de la personalidad,²⁶³ aunque hay que advertir que para aplicarla es preciso un diagnóstico clínico individualizado y que el paciente debe cumplir determinados requisitos²⁶⁴, lo que viene a quitar una vez más la razón a Savater: el tratamiento psicoterapéutico no es aplicable a todas las enfermedades mentales y tampoco lo es a todos los pacientes. Y, por supuesto, es exagerado decir que no cura, tanto como lo sería decir que siempre es eficaz.

²⁶¹ Huertas, R. “Foucault, treinta años después. A propósito de *El poder psiquiátrico*.” *Asclepio* 2006; LVIII (2): 267-275 ; p. 272.

²⁶² Wulff, H.R.; Pedersen, S.A.; Rosenberg, R. *Introducción a la filosofía de la medicina*. Madrid: Triacastela, 2002 ; p. 157.

²⁶³ Poch, J. “El grupo de las psicoterapias”. En: Vallejo Ruiloba, J. *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*. Barcelona: Masson, 1998 (3ª Ed.): 731-753; p. 735.

²⁶⁴ Poch, J. *Ibid.*, p. 736.

No obstante, las diferencias de criterio sobre la utilidad terapéutica del psicoanálisis están lejos de haber terminado. En efecto, tal como se ha puesto de manifiesto en los numerosos artículos y comentarios aparecidos con motivo de la celebración en 2006 del sesquicentenario del nacimiento de Freud, partidarios y detractores están lejos de haber llegado a una tregua:

“Los autores hostiles al freudismo suelen presentar sus críticas en nombre del método científico, pero sin profundizar en la teoría psicoanalítica ni entrar en debatir sus matizaciones, que ni conocen ni les interesan. Los defensores del psicoanálisis suelen repetir sus argumentos defensivos –a veces sólo aptos para consumo interno, como la denuncia de las ‘resistencias inconscientes’ del crítico– evidenciando casi siempre una despectiva ignorancia de las ciencias naturales y de los criterios epistemológicos desde los que se critica.”²⁶⁵

Las críticas al psicoanálisis no se han limitado a las disputas entre expertos sobre su carácter científico o su eficacia como terapéutica. Se ha llegado a hablar de fraude y manipulación. Federico di Trocchio²⁶⁶ se refiere al conocido caso clínico denominado “el hombre de los lobos”, tratado por Freud entre 1910 y 1914 e identificado como S.P., que correspondía a un joven con graves secuelas tras una infección blenorragica sufrida a los dieciocho años que le hacían dependiente para todas sus actividades. Al parecer, Freud identificó y trató con éxito los problemas mentales del paciente. A principios de los años setenta la periodista austriaca Karin Obholzer pudo rastrear en Viena al hombre de los lobos, cuyo verdadero nombre es Sergei Pankejev y le pidió que contase su historia. Nunca se había curado. Tras haber estado en tratamiento por Freud fue analizado dos veces por Ruth Mack Brunswick y tratado, sin éxito, por otros psicoanalistas hasta su muerte en 1978. Sus problemas psicológicos siguieron siendo los mismo que cuando se presentó a Freud por primera vez. Sin embargo, Pankejev había relatado en 1971 en sus memorias exactamente lo contrario. El enfermo argumentó que

²⁶⁵ Lázaro, J. “Críticas actuales al psicoanálisis”. *Jano* 2004; 1.534:1.099-1.100; p. 1.099.

²⁶⁶ Di Trocchio, F. *Las mentiras de la ciencia*. Madrid: Alianza Editorial, 2002; pp. 285-287.

la autora de las memorias, Muriel Gardiner²⁶⁷, le había presionado para poder demostrar que Freud había curado a un enfermo grave. Pero había más:

“El hombre de los lobos reveló que habiéndose arruinado y reducido casi a la extrema pobreza (después de haber sido rico) los psicoanalistas no sólo habían comenzado a curarle de forma gratuita sino que le mantenían enviándole regularmente sumas de dinero que provenían de la cuenta de la Fundación Sigmund Freud. Su ‘sueldo’ había comenzado a tener efecto desde que había manifestado su deseo de emigrar a los Estados Unidos para procurar mejorar sus finanzas. El movimiento psicoanalítico se ofreció de inmediato a solventar sus necesidades con la condición de que no abandonara Viena, donde vivía en el anonimato, y que no se trasladara a Estados Unidos donde alguien habría podido descubrir que el paciente más famoso de Freud estaba enfermo e incluso más que antes. Kurt Eisler y otros líderes del movimiento psicoanalítico procuraron impedir también que Obholzer entrevistara al hombre de los lobos, que finalmente aceptó después de la promesa formal de que todo cuanto revelara no sería publicado sino hasta después de su muerte.”²⁶⁸

No estamos descubriendo nada nuevo y no nos interesa, ni está a nuestro alcance, esclarecer si estas prácticas fraudulentas eran frecuentes, pues, aunque lo fuesen no restarían valor a las aportaciones freudianas. Coincidimos plenamente con el profesor José Manuel Sánchez Ron:

“No hay duda de que el edificio freudiano debe ser revisado drásticamente, eliminando en particular las ligaduras que la fuerte personalidad y poder creativo de Freud han impuesto a la mayoría de sus seguidores, sin olvidar que él mismo, como se ha ido comprobando en los últimos tiempos, efectuó numerosas trampas en algunas de sus investigaciones; pero la esencia de su visión, la idea de que existen, de que es necesario describir –y, en ocasiones, actuar sobre ellos– mundos individuales y colectivos inconscientes que afectan

²⁶⁷ Se refiere a Gardiner, M. *The wolf-man: by the wolf-man*. Nueva York: Basic Books, 1971.

²⁶⁸ Di Trocchio, F. *Ibid.*, p. 287.

profundamente a nuestras vidas, percepciones y culturas, es algo que difícilmente perderemos.”²⁶⁹

El psicoanálisis en particular, y la psicoterapia en general, ocupan hoy un lugar en dura pugna con la farmacología, dentro del proceso de medicalización del que nos ocuparemos en otro lugar de esta memoria. El reproche de que la cura psicoanalítica es muy larga y costosa sólo se justifica desde una perspectiva de rentabilidad. Todo médico general observa a diario la insuficiencia de la farmacología para aliviar los sufrimientos y amarguras de la vida. El paciente que pide fármacos, y nada más que fármacos, para su tragedia personal está llamando a una puerta equivocada. Y, al mismo tiempo que prescribimos el psicofármaco, a menudo comprendemos que nuestra receta será siempre un dudoso remedio, por correcta que sea técnicamente su indicación terapéutica. Pero la mayoría de los médicos asistenciales no podemos, ni sabemos, hacer otra cosa.

“Frente a la ciencia que se ocupa de los saberes generales objetivos, el psicoanálisis se reafirma como una técnica (ni científica ni anticientífica: acientífica) de comprensión de lo particular, de las singularidades individuales, de la intimidad más oscura del sujeto.” [...] “Pero el auténtico psicoanálisis ni podría ni querría ser admitido en la comunidad científica, pues sabe que para ello sería necesario que, como a Sansón, le cortasen la cabellera en la que reside toda su fuerza. La fuerza que le da ser un intento racional de profundizar en ese fondo de la mente humana que la luz científica no llega a iluminar.”²⁷⁰

Dejando a un lado la científicidad o la capacidad terapéutica del psicoanálisis, de la que Savater no tiene por qué saber nada como profesional, hay otros aspectos de la obra de Freud que atraen a nuestro autor:

“Todo lo que tiene el psicoanálisis de apreciable como denuncia y como análisis, lo tiene de despreciable como terapéutica.”²⁷¹

²⁶⁹ Sánchez Ron, J.M. *El canon científico*. Barcelona: Crítica, 2006 (2ª Ed.); p. 300.

²⁷⁰ Lázaro, J. “Defensa actual del psicoanálisis”. *Jano* 2004; 1.535: 1.139-1.1.40; p. 1.140.

²⁷¹ “Fernando Savater: la solitaria lucha del pensador de fondo”. En: García Sánchez, Javier (compilador). *Conversaciones con la joven filosofía española*. Barcelona: Ediciones Península, 1980, pp. 61-62.

El carácter polémico, e incluso revolucionario, de las teorías psicoanalíticas resultó obvio desde un primer momento, y Freud era plenamente consciente de ello:

“Dos afirmaciones del psicoanálisis son, principalmente, las que causan mayor extrañeza y atraen sobre él la desaprobación general. [...] La primera de tales extrañas afirmaciones del psicoanálisis es la de que los procesos psíquicos son, en sí mismos, inconscientes, y que los procesos conscientes no son sino actos aislados o fracciones de la vida anímica. [...] Y con esta definición y esta afirmación se enajena el psicoanálisis, por adelantado, la simpatía de todos los partidarios del tímido cientifismo y atrae sobre sí la sospecha de no ser sino una fantástica ciencia esotérica que quisiera construir en las tinieblas y pescar en las aguas turbias. [...] Esta primera afirmación –un tanto osada– del psicoanálisis posee un íntimo enlace, que ni siquiera sospecháis, con un segundo de los principios esenciales que ella misma ha deducido de sus investigaciones. Contiene este segundo principio la afirmación de que determinados impulsos instintivos, que únicamente pueden ser calificados de sexuales, tanto en el amplio sentido de esta palabra como en su sentido estricto, desempeñan un papel cuya importancia no ha sido hasta el momento suficientemente reconocida en la causación de enfermedades nerviosas y psíquicas y, además, coadyuvan con aportaciones nada despreciables a la génesis de las más altas creaciones culturales, artísticas y sociales del espíritu humano. [...] Todo esto nos explica por qué la sociedad se niega a aceptar el resultado antes expuesto de las investigaciones psicoanalíticas y quisiera inutilizarlo, declarándolo repulsivo desde el punto de vista estético, condenable desde un punto de vista moral y peligroso por todos conceptos.”²⁷²

Como tantas veces se ha repetido, Freud contribuyó a la tarea iniciada por Copérnico y Darwin, desplazando un poco más al hombre de su ya menoscabada posición central en el universo, labor que fue concluida por Einstein también a principios del siglo XX con sus grandes artículos de 1905. A esta bien conocida

²⁷² Freud, S. *Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse*, 2 Vols., Leipzig und Wien, 1916-1918. Trad. cast. Por L. López Ballesteros en: S. Freud, *Obras completas*, 17 vol., Madrid, Biblioteca Nueva, 1922-1934. Citado en: López Piñero, J.M. *Antología de clásicos médicos*. Madrid: Triacastela, 1998 (1ª Ed.); 364-366.

reubicación del hombre en el Universo se refiere también Savater al aludir al padre del psicoanálisis:

“En la época moderna los humanos hemos tenido que asumir tres grandes humillaciones teóricas, las tres vinculadas a la ciencia y las tres frontalmente opuestas a dogmas religiosos. La primera tuvo lugar en los siglos XVI y XVII con la obra de Copérnico, Kepler y Galileo: la Tierra, el planeta humano, fue desplazada del centro del universo y perdió su majestuosa inmovilidad privilegiada para ponerse a girar en torno al sol. La segunda ocurrió en el siglo XIX: Darwin demostró de manera bastante convincente que nuestra especie es una más en el conjunto de los seres vivientes y que no hemos sido creados directamente por ningún Dios a su imagen y semejanza sino que provenimos por mutaciones azarosas de una larga serie genética de mamíferos antropoides. La tercera humillación nos la infligió Sigmund Freud, a finales del siglo pasado y comienzos del nuestro, al convertir nuestra mismísima conciencia o alma en algo complejo y nada transparente, traspasado por impulsos inconscientes de los que no somos dueños. En los tres casos perdemos algún rasgo de *excepcionalidad* que nos enorgullecía y para el que se habían buscado fundamentos teológicos: cada vez nos parecemos más a lo que no queremos ser...”²⁷³

No se puede pedir más contenido revolucionario a una teoría científica. Pero tratemos de acercarnos al ambiente social, lejos de la gran ciencia. En los tiempos que corren es menos fácil apreciar el elemento de denuncia que contiene el psicoanálisis. Expresiones como complejo de inferioridad o subconsciente forman parte del lenguaje cotidiano. Y en lo que concierne a la sexualidad, ya nada resulta sorprendente. Pero situado en su contexto histórico, el doble mensaje de Freud debió resultar escandaloso. Ese ambiente, el de la Viena de la transición entre siglos, ha sido magníficamente retratado por el ya mencionado Stefan Zweig. Este autor, conocido por su biografías noveladas, una generación más joven que el padre del psicoanálisis, judío, extremadamente culto, políglota y cosmopolita, describe en *El mundo de ayer. Memorias de un europeo*²⁷⁴ el período de paz comprendido entre principios del siglo XX y la Primera Guerra Mundial, así como el intervalo de entreguerras. Recrea

²⁷³ Savater, F. *Las preguntas de la vida*. Barcelona: Ariel, 1999 (1ª Ed.); p. 99.

²⁷⁴ Zweig, S. M. *El mundo de ayer: memorias de un europeo*. Barcelona: El Acantilado, 2002.

admirablemente la atmósfera de una época en que se producían a la vez avances técnicos y profundos cambios intelectuales. Tras exponer la magnitud del fenómeno de la prostitución en aquel ambiente, Zweig resume así la confrontación entre las teorías psicoanalíticas y la doble moral decimonónica de la Viena anterior a la Primera Guerra Mundial:

“Y era la misma ciudad, la misma sociedad y la misma moral que se indignaban cuando las muchachas montaban en bicicleta, que manifestaban que era una vergüenza para la dignidad de la ciencia el que Freud, a su manera tranquila, clara y penetrante, expusiera verdades que no querían admitir. El mismo mundo que defendía tan patéticamente la pureza de la mujer toleraba esa horrible venta del propio cuerpo, la organizaba e incluso sacaba provecho de ella.”²⁷⁵

Pero para apreciar el carácter de denuncia del psicoanálisis en el seno de una sociedad conservadora y tradicional no es preciso ir tan lejos. La recepción en España de las ideas psicoanalíticas sirve como ejemplo²⁷⁶. Pese a haber sido el castellano la primera lengua en que se intentó la traducción de las obras completas de Freud, la crítica a sus teorías por motivos ideológicos y religiosos que se veían cuestionados por el psicoanálisis fue la predominante durante la posguerra y hasta los años cincuenta. Es en este contexto en el que se pone de manifiesto el carácter de denuncia a que alude Savater. Pero al margen de la naturaleza contestataria y transgresora del psicoanálisis, existe un aspecto de las obra de Freud que no puede dejar indiferente a un lector voraz y exigente como Savater:

“Una de las cosas que más admiro de Freud es lo bien que se expresa. Freud puede decepcionar ocasionalmente en el contenido pero nunca lo hace desde su compromiso con una forma expositiva digna de la Ilustración”.²⁷⁷

La calidad literaria de Freud, a diferencia de sus teorías sobre el psiquismo, es unánimemente reconocida, perjudicando incluso al contenido de su obra:

²⁷⁵ Zweig, S. *El mundo de ayer*. Barcelona: El Acantilado (1ª Ed.), 2001; p. 122.

²⁷⁶ Lázaro, J. “La recepción de Freud en la cultura española (1893-1983)”. *Medicina e Historia* 1991; 41: 1-16.

²⁷⁷ “Entrevista a Fernando Savater”. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. Año XIV, Abril/Junio 1994, 49: 329-337; p. 332.

“A su creatividad Freud unió una gran habilidad narrativa, lo que hace que sus libros (muy numerosos) resulten apasionantes, con el riesgo de que podamos olvidar que en última instancia lo que pretendían era ser textos científicos”.²⁷⁸

En efecto, Savater, fiel a su declarada vocación literaria, posiblemente no quiera ver en los textos de Freud al médico, sino al brillante escritor que obtuvo el Premio Goethe en 1930²⁷⁹. Lo mismo parece ocurrirle con Thomas Szasz, un “brillante escritor”, en palabras de su crítico el psiquiatra Martin Roth, o con Michel Foucault, con su lenguaje “exuberante, retórico y complejo”, según Rafael Huertas. Es posible que nuestro autor se deje seducir por la forma de escribir del padre del psicoanálisis y que las aplicaciones terapéuticas le resulten demasiado pedestres. El talento de Savater para la escritura ha de ir acompañado de un exquisito paladar literario y en alguna ocasión ha afirmado que lo que realmente le apasiona no es escribir, sino leer. Dada la importancia capital que el psicoanálisis asigna a la palabra, no podía ser de otra manera. En un artículo de 1890 Freud habla de la cura de las enfermedades anímicas y corporales mediante la herramienta verbal, que actúa directamente sobre lo psíquico:

“Tal medio es ante todo la palabra, y las palabras son también el instrumento esencial del tratamiento psíquico. Seguramente para el lego será difícil comprender que se puedan vencer las enfermedades del cuerpo y del alma mediante ‘meras’ palabras del médico. Pensará que se lo alienta a creer en la magia. Al hacerlo no se equivoca tanto; las palabras de nuestro hablar (*Reden*) cotidiano no son otra cosa que *magia descolorida*. Será necesario, sin embargo, dar un rodeo para hacer comprensible cómo la ciencia se las arregla para devolver a la palabra al menos una parte de su antiguo poder mágico.”²⁸⁰

²⁷⁸ Sánchez Ron, J.M. *El canon científico*, p. 300.

²⁷⁹ El premio Goethe es una de las distinciones culturales más importantes de Alemania. Es concedido desde el año 1927 el día 28 de agosto, nacimiento del poeta Johann Wolfgang von Goethe (1749-1832) en ceremonia que se realiza en la Iglesia de San Pablo de Francfort. Se entrega cada tres años y está dotado con 50.000 euros. Entre los galardonados con esta distinción, la mayoría alemanes, figuran literatos como Hermann Hesse y Thomas Mann, el psiquiatra Karl Jaspers o el físico Max Planck.

²⁸⁰ Freud, S. “Psychische Behandlung (Seelenbehandlung)”, en Freud, S. (1982): *Studienausgabe, Ergänzungsband*, Francfort, Fischer Verlag. Versión castellana: “Psicoterapia (Tratamiento por el espíritu)”, O.C. T. I. Citado en: Tubert, S. “*Fluctuat nec mergitur*. El psicoanálisis en el siglo XX”. *Arbor* 2007; 723: 7-25; p. 17.

En suma, aunque la opinión de Savater sobre las pretensiones terapéuticas del psicoanálisis sea discutible, su valoración de la obra de Freud sí merece ser tomada muy en consideración:

“La escritura de Freud parece buscar siempre la difícil alianza entre una honradez nítida a la anglosajona y la precisión sutil del francés dieciochesco. Es interesante, es detallista, es pedagógico, no renuncia a las imágenes ni las confunde con las explicaciones, pertenece –como Schopenhauer o Nietzsche y a diferencia de bastantes otros filósofos germánicos– a la cultura de la *sinceridad*. Cuando hace trampas, es como los buenos prestidigitadores: parece que ni él mismo lo nota.”²⁸¹

2.6. Tratamientos psiquiátricos biológicos

Los conocimientos de Savater en el terreno de la ética, y su proximidad, que no coincidencia, con el concepto de moral, pueden haberle llevado a interpretar esta última en contextos anacrónicos. Este sería el caso si hoy quisiéramos entender sin las debidas precauciones lo que en su día se denominó “tratamiento moral”, aplicado en los manicomios durante las archiconocidas y mitificadas experiencias de Pinel y Tuke a finales del siglo XVIII, que por cierto no fueron las primeras ni las únicas.²⁸² Así pues, es imprescindible concretar el sentido que entonces se daba al término “moral”. Las intimidaciones y amenazas que hoy agrupamos bajo esta denominación recibían el calificativo de “morales” por que apelaban a la mente del paciente, en contraposición a los tratamientos médicos convencionales, dirigidos exclusivamente al cuerpo. El cambio operado en la significación del término “moral” ha llegado al punto de venir a significar hoy casi lo contrario que en el Siglo de las Luces. Pero incluso en un texto moderno de psiquiatría todavía puede encontrarse el diagnóstico “locura moral”, en el que inevitablemente parece percibirse un cierto matiz anacrónico. Esta es su definición:

²⁸¹ Savater, F. “La inquietud de Narciso”. En: *Humanismo impenitente*. Barcelona: Anagrama, 1990 (1ª Ed.); pp. 165-166.

²⁸² Grange, K.M. “Pinel or Chiarugi?”. *Med Hist* 1963 Oct;7:371-80.

“Anomalía mental constitucional o psicodegenerativa, caracterizada por la ausencia de sentido moral y de dignidad personal, por lo que el individuo afecto de ella no se adapta a la vida social y comete actos delictivos; inmoralidad constitucional.”²⁸³

Como vemos, todavía hoy la expresión “moral” deambula por los alrededores de la psiquiatría. Este interesante fenómeno resulta sumamente peligroso a la hora de interpretar textos médicos históricos²⁸⁴ e ignoramos si Savater lo tiene en cuenta al aludir a Spinoza o citar a Diderot:

“He observado algo bastante singular: hay pocas máximas morales en las que no se haga un aforismo médico y, recíprocamente, hay pocos aforismos médicos en que no se haga una máxima moral”.²⁸⁵

Pero volvamos al siglo de Pinel. ¿En qué consistía concretamente ese “tratamiento moral”, que hoy llamaríamos higiénico-dietético en el mejor de los casos? Observemos la siguiente descripción del proceder del médico, que parece más propio de un hipnotizador:

“El tratamiento moral de Pinel se basaba en el concepto de Aristóteles de que la salud mental dependía del equilibrio de las pasiones. El término pasiones en la literatura del siglo XVIII correspondía a nuestro uso actual del término emociones. En anticipación a las teorías posteriores de fisiología psicosomática, las pasiones eran consideradas el eslabón entre mente y cuerpo. Desde el punto de vista terapéutico el doctor tenía que ejercer una gran firmeza en su aproximación al paciente: tenía que mantener la atención del paciente y controlar su mente con sus ojos. Una vez que el paciente había sido subyugado y dominado completamente por el doctor, el tratamiento consistía en una combinación de amabilidad, firmeza y coerción. La participación del paciente en

²⁸³ Valdés Miyar, J. (Coord.). *Diccionario de psiquiatría*. Barcelona: Masson, 1996; p. 93.

²⁸⁴ Barona, J.L. “Hacer ciencia de la salud: los diagnósticos y el conocimiento científico de las enfermedades”. *Panacea. Boletín de Medicina y Traducción*. 2004; 5(15):37-44.

²⁸⁵ Savater, F. “¿Enfermedad mental o enfermedad moral?” En: *Ética como amor propio*. Madrid: Mondadori España, 1988 (1ª Ed.), 1988; p. 283.

varias actividades en un ambiente estructurado contribuyó mucho al éxito del tratamiento moral de Pinel”.²⁸⁶

José Luis Peset interpreta de una forma más elaborada, y sin duda más exacta, el concepto de tratamiento moral de Pinel:

“Las pasiones aprovechan los cambios para actuar, la única defensa es por tanto el orden, en el control del cambio reside el papel del psiquiatra. Contra el desorden exterior, el médico busca el orden interior, en el hospicio y en el ser humano, en la naturaleza. Con el fin de establecer un orden permanente en la marcha y curso regular de los síntomas, ha sido perfeccionado el régimen físico y moral de los enfermos. Surge un orden espacial y social, corporal y anímico. Se ordenan los patios, en relación con la evolución de la enfermedad y su tratamiento, también el aseo, horarios, actividades y alimentación, pues según los clásicos las costumbres son una segunda naturaleza. La mente se recupera en el diálogo y en la distracción, en el ejercicio y en el trabajo, el ambiente médico da paso al familiar, social y natural. Se ordena por medio del trabajo, las costumbres y las conversaciones, de la relación con los enfermos, los médicos, los cuidadores y la familia, con la sociedad y con la naturaleza.”²⁸⁷

No es difícil adivinar la facilidad con que este ordenamiento de todos los aspectos de la vida cotidiana podía deslizarse, impulsado por la escasez de medios, hacia la disciplina cuartelera o el enclaustramiento carcelario, lo que desgraciadamente ocurrió muy a menudo. En 1815 y 1816 la Cámara de los Comunes británica llevó a cabo una investigación sobre el estado de los manicomios en Inglaterra²⁸⁸. La comisión designada para tal fin, el *Parliamentary Select Committee*, estaba particularmente interesada en mejorar la calidad de la asistencia de los enajenados mentales tanto en las instituciones públicas como privadas y las comparecencias se centraron en algunos casos concretos de brutalidad y negligencia que habían salido a la luz recientemente. Por ejemplo, un interno había pasado los últimos diez o quince años de su vida

²⁸⁶ Freedman, A.M., Kaplan, H.I., Sadock, B.J. *Compendio de psiquiatría*. Barcelona: Salvat Editores, 1977; p. 10-11.

²⁸⁷ Peset, J.L. “La revolución hipocrática de Philippe Pinel”. *Asclepio* 2003; 55(1): 263-280; p. 271.

²⁸⁸ Bynum, W.F. “Rationales for therapy in british psychiatry: 1780-1835”. *Med Hist* 1964;18:317-334; p. 322.

encadenado en una celda húmeda y fría en el manicomio de Bethlem, sin que nadie recordase exactamente cuánto tiempo llevaba allí. Las insistentes preguntas del comité sobre la práctica de mantener a los pacientes violentos o incontinentes desnudos y encadenados, el extraño embarazo de una paciente o la muerte repentina de un interno en misteriosas circunstancias mantuvieron el dramatismo de la investigación parlamentaria. No obstante, este comité no era activamente hostil hacia la profesión médica. Es más, la *ausencia habitual* de tratamientos médicos para los problemas psiquiátricos fue considerada por esta comisión como un abuso evidente y, a semejanza de lo descrito por Pinel y Tuke, las investigaciones del *Select Committee* hicieron que el “tratamiento moral” pareciese más eficaz y humanitario en comparación con el tratamiento médico. Esto no deja de sorprender si tenemos en cuenta que en la obra del norteamericano Benjamin Rush (1745-1813) *Medical Inquiries and Observations upon the Diseases of the Mind* (publicada en 1812 y que siguió siendo el único libro de texto estadounidense sobre psiquiatría hasta finales del siglo) su autor reafirmaba su creencia en purgantes, eméticos y sangrías, así como en el “tranquilizante”, una silla especial en la que eran sentados los pacientes agitados, atados y después suspendidos en el aire.²⁸⁹ No obstante, Rush era uno de los firmantes de la Declaración de Independencia de los EE.UU. en 1776, era partidario de las reformas sociales y estaba interesado, tras su formación médica inicial en Edimburgo, en el tratamiento moral preconizado por Pinel.

Permítasenos un receso para señalar que, pese a sus supuesto reformismo, Rush no dejaba de tener una mentalidad propia de su época, tal como Savater nos recuerda con ironía:

“Hay grandes benefactores de la humanidad cuyos nombres, por una injusticia más de las tantas que nos desconsuelan, son relegados al olvido. Rescatemos de él a uno de estos abnegados próceres, el doctor Benjamin Rush, cuyas notorias aportaciones científicas ocurrieron en Inglaterra a finales del siglo XVIII. El doctor Rush descubrió, describió y otorgó nombre a algunas nuevas dolencias. En su tratado *Investigación sobre los efectos de los licores espirituosos en el cuerpo y la mente* (1785) cataloga la ‘enfermedad de la embriaguez’, cuyos síntomas detalla con sabia precisión: insólita garrulería y

²⁸⁹ Freedman, A.M., Kaplan, H.I., Sadock, B.J. *Compendio de psiquiatría*. Barcelona: Salvat Editores, 1980; p. 11.

hoso silencio, disposición a la riña, absurdo buen humor o insípido charloteo, risa extemporánea, propensión a juramentos blasfemos, grosería, inmodestia y enrojecimiento de la nariz. [...] El segundo gran descubrimiento clínico del doctor Rush acaeció en 1792, y fue fruto de la conjunción del azar con la mirada inquisitiva del sabio (¡recuérdese la manzana de Newton!). Henry Moss era un esclavo negro en cuya piel aparecieron manchas blanquecinas que anunciaban una progresiva decoloración. No le hizo falta más al doctor Rush, que ya venía maliciándose algo, para descubrir la ‘enfermedad de la negritud’, una especie de lepra oscura que afecta a amplios grupos humanos y de la cual Henry Moss había comenzado a curarse espontáneamente. Por raro que parezca, este segundo hallazgo no obtuvo tantos entusiastas como el primero y fue abandonado: el sino de los precursores es resultar a menudo incomprensidos.”²⁹⁰

Lamentablemente, ya fuese “moral” o “médico” el tratamiento aplicado, los excesos en la asistencia a los enfermos mentales han sido frecuentes, tal como con toda justicia denunciaron los antipsiquiatras.²⁹¹ Savater no puede dejar de recordarnos tales situaciones:

“Por supuesto, bastantes aún recordamos que a los disidentes del régimen soviético –cuando éste se *humanizó* tras la muerte de Stalin y ya no se les aniquilaba en campos de concentración– acostumbraba a encerrárseles en hospitales psiquiátricos, diagnosticando que sus críticas a la utopía comunista en vías de realización eran síntomas de trastorno mental y no resultado de la lucidez política.”²⁹²

Lamentablemente, para encontrar ejemplos de utilización de la psiquiatría con fines políticos no hace falta salir de España. En una reseña biográfica del psiquiatra Antonio Vallejo-Nájera (1889-1960), el historiador Rafael Huertas nos ofrece algunas tristes ilustraciones de este proceder. Tras comenzar la Guerra Civil, Antonio Vallejo-Nájera es nombrado jefe de los servicios psiquiátricos del ejército franquista y dirige el gabinete de investigaciones psicológicas de los campos de concentración:

²⁹⁰ Savater, F. “¡Pulpables!”. *Diccionario filosófico*. Barcelona: Planeta, 1995 (1ª Ed.); pp. 127-128.

²⁹¹ González Duro, E. “Asistencia psiquiátrica madrileña a fines del siglo XIX”. *Medicina e Historia* 1975; 50: 1-24.

²⁹² Savater, F. “Enfermedades a la medida”. *Interviú*, Nº 1.491, 22-11-04.

“...donde lleva a cabo, en 1938, *experiencias* con prisioneros procedentes de la Brigadas Internacionales. [...] Dichas experiencias fueron incruentas y no son en absoluto comparables con las que, años más tarde, desarrollaron los médicos y científicos nazis. No cabe duda, sin embargo, que los prisioneros fueron considerados objeto de estudio científico (psiquiátrico y antropológico), intentándose demostrar, mediante una metodología cuidadosamente diseñada, la existencia de una íntima relación entre la enfermedad psíquica y el marxismo. Hábil manera no sólo de desacreditar a oponentes políticos o de afianzar ideológicamente las actitudes anti-marxistas, sino de justificar la persecución y el *tratamiento* de cuantos militaran o simpatizaran con el comunismo o con cualquier opción considerada subversiva.”²⁹³

Quizá uno de los factores, aunque seguramente no el único, que favoreció esta situación fue la escasez de tratamientos efectivos hasta el primer tercio del siglo XX. Pero el hecho de que el alienismo decimonónico no contase aún con un arsenal terapéutico suficiente como para transmitir con claridad una oferta de servicio eficaz no permite etiquetar a los psiquiatras como meros carceleros y negar la entidad científica de la psiquiatría, que no obstante pudo legitimarse como especialidad médica antes de la aparición de tratamientos de eficacia demostrada²⁹⁴. Pero incluso bien entrado el siglo XX, la situación de los manicomios españoles eran penosa. En 1958, Juan Antonio Vallejo-Nájera (1926-1990), en un discurso pronunciado en la Real Academia de Medicina, había retratado el estado de nuestras instituciones públicas con duras palabras:

“Nuestros enfermos se hacinan, mal alimentados, peor vestidos, descalzos muchas veces, sucios siempre en el ambiente desolador de los patios y dormitorios del manicomio... Nuestros hospitales psiquiátricos, viejos,

²⁹³ Huertas, R. *Los médicos de la mente*. Tres Cantos: Nivola, 2002; p. 99.

²⁹⁴ Huertas, R. “Estrategias profesionales y retóricas de legitimación de la medicina mental española del siglo XIX”. *Cuad. Psiquiatr. Comunitaria* 2002; 2(2): 92-106.

destartalados, sucios, malolientes, inhóspitos, sin calefacción (cuando la tienen, no funciona), son el mejor ejemplo del sitio donde a uno no le gustaría estar”.²⁹⁵

Ante estos hechos innegables, el doctor Vallejo Ruiloba puntualiza lo siguiente:

“Por la misma razón que a nadie se le ocurre plantearse la etiología primaria de la tuberculosis o de la lepra a consecuencia del deplorable estado de los sanatorios antituberculosos o de las leproserías, tampoco nos parece razonable que se mezclen los problemas asistenciales y los epistemológicos en psiquiatría. Insistimos, por tanto, en delimitar exactamente las cuestiones éticas (Szasz ha señalado con atención estos aspectos) y las técnicas. Somos conscientes de que determinados modelos, como por ejemplo, el médico, propician una orientación terapéutica y asistencial más despersonalizada y suelen tener, por tanto, mayor acogida en situaciones sociopolíticas autoritarias. Sin embargo, confundir esta realidad con la invalidación total de esta tendencia al enfocar el problema etiopatogénico de la enfermedad mental (psicosis) supone un error sustancial en el que insistentemente cayó la crítica antipsiquiátrica”.²⁹⁶

Por otra parte, y como era de esperar, también arremete Savater contra los tratamientos biológicos, y en particular contra la terapéutica electroconvulsiva, bestia negra de los intelectuales mal informados:

“Así por ejemplo Ugo Cerletti, inventor del electroshock, cuenta en *Electroshock therapy* cómo probó su invento, por primera vez, sobre un esquizofrénico, y después repitió de inmediato con un voltaje más alto, pese a que el paciente le había dicho con absoluta claridad: ‘¡No lo vuelva usted a hacer, es algo abominable!’”. Cerletti declara que actuó de este modo ‘por miedo a ceder a una noción supersticiosa’, pero no dice cuál podía ser esa noción, si la piedad o el respeto a la autonomía humana.”²⁹⁷

²⁹⁵ Citado por Espino Granado, A. “Reformas de la salud mental en España”. En: Knapp, M; McDaid, D; Mossialos, E.; Thornicroft, G. *Salud mental en Europa: políticas y práctica*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007; pp. 489-532; p. 498.

²⁹⁶ Vallejo Ruiloba, J. *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*. Barcelona: Masson-Salvat, 1991, 3ª Ed., p. 31.

²⁹⁷ Savater, F. “¿Enfermedad mental o enfermedad moral?”. En: *Ética como amor propio*. Madrid: Mondadori España, 1988 (1ª Ed.); p. 277.

La terapia electroconvulsiva (TEC), conocida popularmente como electrochoque, es una de las prácticas más denigradas de la psiquiatría, posiblemente gracias al tratamiento que ha recibido en la literatura y el cine. Muchos conservamos en la memoria la película *Alguien voló sobre el nido del cuco*, basada en la novela Ken Kesey²⁹⁸ y quizá alguien recordará la aversión hacia esta técnica del nada aprensivo profesor Doutreval, personaje de la celeberrima novela *Cuerpos y almas*, quien en la ficción literaria no tenía inconveniente en aplicar a los enajenados mentales su “convulsoterapia mediante curare y pentametilentetrazol” durante el período de entreguerras, y que no obstante reflexionaba así sobre el hallazgo de Cerletti y Bini:

“Incluso se podría probar el nuevo procedimiento de convulsión por electricidad. Este método le causaba una indecible repugnancia y sentía hacia él, como hacia aquellos que lo habían imaginado –al fin y al cabo competidores suyos–, una irrazonable hostilidad que le había impedido hasta entonces estudiarlo y seguirlo como hubiera debido.”²⁹⁹

No obstante, a despecho de su pésima fama, es preciso recordar que hasta la introducción en 1952 de la clorpromazina, la psiquiatría permaneció huérfana de terapéuticas activas a excepción de la TEC, la curva de Sakel o insulina y la psicocirugía implantada por Egas Moniz en 1936. Por tanto, durante 14 años la TEC supuso el único método activo y relativamente carente de riesgos importantes que el psiquiatra podía utilizar en su quehacer cotidiano para tratar determinados trastornos psíquicos graves.

En 1983, poco antes de que Savater escribiese lo que ahora analizamos, el doctor Vallejo Ruiloba se planteaba la condición ética de la TEC a la vista de su rechazo tanto entre los propios psiquiatras como por la sociedad en general, habiéndose prohibido su uso en el Estado de Texas y en Italia.

“Creemos que en medicina cualquier procedimiento es válido si alivia objetivamente el dolor humano (físico o psíquico) y sus capacidades curativas

²⁹⁸ *One Flew Over the Cuckoo's Nest*. Dirigida por Milos Forman, United Artists, 1975.

²⁹⁹ Van der Meersch, M. *Cuerpos y almas*. Barcelona. Plaza y Janés, 1991; pp. 161 y 546.

superan los eventuales efectos adversos que toda terapéutica activa conlleva. Cualquier otra consideración que se aparte de estos criterios entra en el terreno de la ignorancia o la irresponsabilidad”.³⁰⁰

Analizando en 1998 las pruebas disponibles, el profesor Vallejo Ruiloba llegaba a las siguientes conclusiones sobre las indicaciones de la TEC:

“La eficacia de la TEC con los síndromes depresivos está fuera de toda duda, si la indicación diagnóstica es correcta, no sólo en los estudios frente a placebo [...] sino en los estudios de eficacia comparada frente a otros tratamientos [...], donde la TEC se muestra superior a antidepresivos o a la asociación de antidepresivos y neurolépticos, alcanzando una eficacia igual o superior al 80% en las melancolías [...]. Su utilización en la manía ha mostrado una eficacia similar a la del litio [...], mientras que en el caso de la esquizofrenia su eficacia es similar al tratamiento neuroléptico [...].”³⁰¹

Este tratamiento sigue conservando algunas indicaciones terapéuticas, a juzgar por los resultados de una revisión sistemática de ensayos clínicos (*The Cochrane Library*) actualizada en 2005:

“Las pruebas en esta revisión sugieren que la TEC, combinada con el tratamiento con fármacos antipsicóticos puede considerarse una opción para las personas con esquizofrenia, en particular cuando se desea una rápida mejoría global y reducción de los síntomas. Éste también es el caso para aquellos pacientes con esquizofrenia que muestran una respuesta limitada a la medicación sola. Aunque este efecto beneficioso inicial puede no durar más allá de un corto plazo no existen pruebas claras para refutar su uso para las personas con esquizofrenia.”³⁰²

³⁰⁰ Vallejo Ruiloba, J. “Mito y realidad de la terapéutica electroconvulsiva”. *Med Clin (Barc)* 1983; 81: 345-346.

³⁰¹ Rojo, J.E. “Tratamientos físico-biológicos”. En: Vallejo Ruiloba, J. *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*. Barcelona: Masson, 1998 (4ª Ed.); pp. 821-830; pp. 824 y 825.

³⁰² Tharyan P, Adams CE. “Terapia electroconvulsiva para la esquizofrenia” (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, número 4, 2007. Oxford, Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2007 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

Parece que incluso la célebre medicina basada en pruebas, sopesando eficacia y ausencia de efectos secundarios desfavorables, da su visto bueno a la terapéutica electroconvulsiva. En lugar de desterrar el electrochoque al museo de los horrores, quizá le hubiese convenido a Savater considerar la siguiente reflexión del profesor Vallejo Ruiloba:

“A nuestro juicio, toda crítica a la TEC que se plantee al margen de estas perspectivas científicas cae en el mismo oscurantismo (aunque en este caso con un engañoso ropaje de progresía social) que ocupó las páginas más caóticas y sombrías de la historia de la psiquiatría”.³⁰³

2.7. Michel Foucault y la historia de la psiquiatría

Siguiendo la opinión del ensayista francés Michel Foucault, Savater interpreta la psiquiatría como un sistema de control social y no como una rama más de la medicina:

“Lo anormal ha sido, durante siglos, o traición o blasfemia. En nombre de dogmas religiosos, sabiamente administrados por impúdicos gestores colegiados en diversas iglesias, los poderes establecidos han intervenido contra las desviaciones científicas, sexuales, artísticas, místicas, etcétera. La normalidad, la decencia, todo aquello que debe ser impuesto ‘por el bien de todos y de cada uno’, se apoyó durante un larguísimo período en disquisiciones teológicas. Cuando, a partir del siglo XVIII, el declive de la dictadura teológica se fue considerando irreversible, hubo optimistas que lanzaron -¡ay!- las campanas al vuelo. Pero no había tanto motivo de júbilo, pues de inmediato la legitimación *religiosa* de la represión fue sustituida por la legitimación *médica*.”³⁰⁴

“Ahora resulta que los requisitos higiénicos para conservar en buen funcionamiento nuestra totalidad psicosomática son prácticamente idénticos a los que antaño garantizaban nuestro rescate del acoso demoníaco. El paso de la

³⁰³ Vallejo Ruiloba, J. “Mito y realidad de la terapéutica electroconvulsiva”. *Med Clin (Barc)* 1983; 81: 345-346.

³⁰⁴ Savater, F. “¿Salvación o salud?”. En: *Perdonadme ortodoxos*. Madrid: Alianza Editorial, 1986 (1ª Ed.); pp. 187-193; p. 188.

salvación a la salud (a menudo apellidada guillotinescamente ‘pública’) no viene a ser sino vibrar en otro tono la misma cuerda: todo lo que se nos hace es por nuestro bien; también, desde luego, por el ‘bien común’, pero como ambos se da por hecho que coinciden, esta ampliación de miras no debe servirnos de ultraje.”³⁰⁵

“Fue en el siglo XVIII, según ha estudiado Michael Foucault, cuando comenzó a institucionalizarse la noción de salud pública como responsabilidad estatal y también obligación de cada ciudadano: ‘el imperativo de salud es a la vez un deber para cada uno y un objetivo general’. [...] De las medidas de higiene pública y los procedimientos educativos de autoconservación se ha ido pasando a fórmulas cada vez más coactivas de saneamiento a lo largo del siglo XIX y, sobre todo, del nuestro.”³⁰⁶

“La locura es un peligro temible precisamente porque no es previsible por ninguna de las personas de buen sentido que pretenden poder conocer la locura. Sólo un médico puede percibirla. Y así tenemos la locura convertida en objeto exclusivo del médico, cuyo derecho de intervención se ve al mismo tiempo fundado’. Así se expresaba hace años Michel Foucault en una entrevista publicada en la revista *Ornicar*.”³⁰⁷

“Tras haber leído, por ejemplo, la *Historia de la locura en la edad clásica*, de Michel Foucault, ¿puede afirmarse sin disputa que las psicosis son algo tan universal e intemporal como los eclipses o la fotosíntesis de las plantas?”³⁰⁸

“En un texto publicado póstumamente, “*Omnes et singulatim*”, Michel Foucault distingue entre el Estado Gestor y el Estado Pastor. El Estado Gestor tiene como tarea servir de intermediario y si es posible de armonizador en los conflictos que surgen entre los ciudadanos, procurando administrar del modo

³⁰⁵ Savater, F. “¿Salvación o salud?”, p. 188.

³⁰⁶ Savater, F. “Paradojas éticas de la salud”. En: *El contenido de la felicidad*. Madrid: El País/Aguilar, 1986; pp. 141-161; p. 154-155.

³⁰⁷ Savater, F. *Ibíd.*, p. 158.

³⁰⁸ Savater, F. “¿Salvación o salud?”. En: *Perdonadme ortodoxos*. Madrid: Alianza Editorial, 1986 (1ª Ed.); pp. 187-193; p. 191.

menos incompetente las parcelas de probado interés colectivo. El Estado Pastor, en cambio, se empeña en garantizar la felicidad de cada súbdito, tal como el buen pastor no descansa hasta que cada una de sus ovejas, incluso las más pequeña y gozosamente descarriada, vuelve al redil.”³⁰⁹

Aunque el propio Savater reconoce que Foucault tuvo “geniales aciertos y disparates mayúsculos”³¹⁰, algunos de estos últimos desautorizan totalmente el valor historiográfico de sus textos. A modo de ejemplo, y con motivo de una nueva edición completa en lengua inglesa de la *Historia de la locura en la época clásica*,³¹¹ se han puesto de manifiesto gravísimas insuficiencias y errores, no todos involuntarios. Andrew T. Scull, catedrático de sociología en la Universidad de California en San Diego y buen conocedor tanto del citado modelo pedagógico y disciplinario conocido como “tratamiento moral” como de las instituciones asilares británicas en el siglo XIX³¹², afirma al respecto:

“Tomemos su afirmación central de que la Edad de la Razón fue la época de un Gran Confinamiento. Foucault nos dice que ‘una sensibilidad social, común a la cultura europea [...] empezó de repente a manifestarse en la segunda mitad del siglo XVII; fue esta sensibilidad la que aisló de repente la categoría destinada a poblar los lugares de confinamiento [...] los signos de [confinamiento] se encuentran de manera masiva por toda Europa a lo largo del siglo XVII’. El ‘confinamiento’ tuvo, además, ‘el mismo significado por toda Europa, al menos en estos primeros años’. Y sus manifestaciones inglesas, los nuevos asilos de pobres, surgieron aparentemente en lugares tan ‘fuertemente industrializados’ como el Worcester y el Norwich del siglo XVII. Pero la noción de un Gran Confinamiento a escala europea en estos años es puramente mítico. Un encarcelamiento masivo de este tipo simplemente nunca se produjo en

³⁰⁹ Savater, F. “El Estado Clínico”. En: *Humanismo impenitente*. Barcelona: Anagrama, 1990 (1ª Ed.); pp. 127-146; p. 129.

³¹⁰ Savater, F. “La salud y los militares”. En: Subirats, H. (Ed.): *Fernando Savater*. Madrid: AEI, 1991 (1ª Ed.), pp. 59-66; p. 62.

³¹¹ Foucault, M. *History of madness*. Abingdon: Routledge; fecha prevista de publicación, 1 de Marzo de 2009 (ISBN: 978-0-415-47726-0), 776 páginas.

³¹² Se refiere a Scull, A. (Ed.) *Madhouses, Mad-doctors, and Madmen. The Social History of Psychiatry in the Victorian Era*. Filadelfia: University of Pennsylvania Press, 1981. Scull, A. “Moral treatment reconsidered: some sociological comments on an episode in the history of British Psychiatry”. *Psychol Med* 1979;9:421-428. Citado en Huertas, R. “Foucault, treinta años después. A propósito de *El poder psiquiátrico*.” *Asclepio* 2006; LVIII (2): 267-275; pp. 271 y 273, respectivamente.

Inglaterra en los siglos XVII y XVIII, ya se centre la atención en los locos, que en su mayoría seguían abandonados, o en la categoría más amplia de los pobres, los ociosos y las personas de mala reputación. Como defienden Gladys Swain y Marcel Gauchet en *Madness and Democracy*, incluso para Francia, las afirmaciones de Foucault sobre el confinamiento de los locos en la época clásica son enormemente exageradas, sino descabelladas, ya que menos de cinco mil personas estaban encerradas aun a finales del siglo XVIII, una ‘ínfima minoría de los locos que estaban todavía dispersos por el interior de la sociedad’ ”.³¹³

Para hacernos una idea de la orientación crítica del profesor Scull y contextualizar debidamente sus afirmaciones, recordemos que en 1991, en la entonces joven revista *History of Psychiatry*, inició un replanteamiento de lo que ha significado esta especialidad.

“Recuerda una época en que la historia de la enfermedad mental y su tratamiento estaba en manos de aficionados, interesados en el elogio de la profesión, en la erudición anticuaria y en una interpretación “políticamente” correcta. Incluso los más calificados autores presentaban sin más la identificación de la psiquiatría con la ciencia natural y con un poder generoso, siendo la moderna medicina mental una acomodación a las mejores novedades del saber y de la política. Su evolución se trataría como un cuento moral, en el que se confunde la intención y la realidad, la prédica con la actuación, los deseos de reforma con las mejoras en el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad y en los cambios en la profesión.”³¹⁴

Volviendo a Foucault, Andrew Scull concluye su comentario enjuiciando con extrema dureza las conclusiones que pueden extraerse de la lectura crítica de esta nueva edición de *Historia de la locura*:

³¹³ Scull, A. “Los endeble cimientos del monumento foucaultiano”. Traducción de Luis Gago del artículo aparecido en la versión “on line” de *The Times Literary Supplement* el 21 de Marzo de 2007 “The fictions of Foucault's scholarship” y publicada en la *Revista de Libros* de la Fundación Caja Madrid. Marzo 2008 (135): 27-30; p. 30.

³¹⁴ Citado por Peset, J.L. “La historia de la psiquiatría vista por un historiador”. En: *Átopos. Salud mental, comunidad y cultura* 2003; 1(1):25-32; p. 28.

“Una de esas lecciones podría ser divertida, si no tuviera efecto alguno en las vidas de la gente: la facilidad con que puede distorsionarse la historia, ignorarse los hechos, menospreciarse y desestimarse las exigencias de la razón humana, por parte de alguien suficientemente cínico y desvergonzado, y dispuesto a confiar en la ignorancia y la credulidad de sus clientes”³¹⁵.

Es evidente que no es posible extraer conclusiones correctas sirviéndose de datos históricos erróneos –o interpretados tendenciosamente– pero, ¿cuáles son esas conclusiones erróneas de Foucault? Pues, por ejemplo, dos ideas muy queridas por Savater: la primera es la medicalización de la enfermedad mental. Al respecto, el profesor López Piñero es tajante:

“También la psiquiatría tuvo su origen en los valores y actitudes sociales, en este caso frente al enfermo mental. La consideración de la locura como una enfermedad no procede de una supuesta ‘medicalización’ surgida en los tiempos modernos, como afirman abiertamente algunos ensayistas de gran difusión. Las enfermedades mentales fueron estudiadas junto a las demás afecciones desde la Antigüedad clásica, y el galenismo las interpretó igual que las demás, como trastornos morales, punto de vista que sus seguidores judíos, islámicos y cristianos tuvieron que conciliar con sus creencias religiosas. Durante los siglos XVII y XVIII, las interpretaciones galénicas fueron sustituidas por las propias de los primeros sistemas y corrientes patológicas modernas, a menudo asociadas al dualismo psicofísico procedente de Descartes. Todos los tratados de patología o de medicina práctica redactados por galenistas o partidarios de esas corrientes modernas iniciales incluyen capítulos sobre las enfermedades mentales y también fueron numerosos los libros dedicados monográficamente a algunas de ellas, en especial a la ‘melancolía’, entidad nosológica que corresponde a grandes rasgos a lo que hoy llamamos depresión. Por el contrario, hasta el siglo XIX no existieron médicos especializados en psiquiatría y, al menos en Europa, tampoco asistencia psiquiátrica organizada con anterioridad al siglo XIV. [...] A finales del siglo XVIII, los estudios médicos acerca de enfermedades mentales se asociaron a un movimiento asistencial, inspirado en diversas vertientes del

³¹⁵ Peset, J.L. “La historia de la psiquiatría vista por un historiador”, p. 30.

humanitarismo de la Ilustración, que preconizó la abolición de los tratamientos violentos, las jaulas y las cadenas en los manicomios. El ‘retreat’ o retiro de York se fundó en 1777 según esta orientación por el comerciante cuáquero William Tuke, pero la iniciativa más influyente fue la reforma en el año 1792 en el hospital parisino de Bicêtre por Philippe Pinel, principal figura de la fase inicial de la escuela anatomoclínica de París.”³¹⁶

Un segundo concepto difícilmente sostenible que impregna el pensamiento de Savater es el tópico antipsiquiátrico que niega a la psiquiatría el estatuto de ciencia. Enlazando con la cita anterior, argumenta Vallejo Ruiloba:

“El hecho principal y definitivo de Pinel, por el que se confiere al alienado la categoría de enfermo situándole en el marco de la medicina y reivindicando para él unos principios teóricos y terapéuticos similares a los de cualquier otro paciente, no ha sido aceptado unánimemente en lo que tiene de positivo y valioso. Así, Foucault, en su *Historia de la locura en la época clásica* (1964), niega que la psiquiatría nazca como consecuencia del problema filosófico y esencialmente humano de la libertad, defendiendo, creemos que erróneamente, que son las presiones que la sociedad ejerce sobre el sujeto las que producen la alienación, condenándole posteriormente a la reclusión y al abandono. Para él, tanto el gesto de Pinel en Francia como la actitud de Tuke en Inglaterra, rompen definitivamente el diálogo entre la razón y la sinrazón, recluyendo a esta última en un estéril silencio. Si la tesis de Foucault fuera cierta, la psiquiatría dejaría de ser una rama del saber, cuya pretensión es la de retornar al paciente la libertad mermada o perdida, para convertirse en un simple aparato al servicio del poder sociopolítico represor.”³¹⁷

Queremos pensar que Savater ha sido partícipe involuntario de los errores de Foucault y que conoce algunas de sus equivocaciones, a juzgar por su manera de referirse al concepto de enfermedad según la interpretación de Foucault:

³¹⁶ López Piñero, J.M.; Terrada, M.L. *Introducción a la medicina*. Barcelona: Crítica, 2000. pp. 211-213.

³¹⁷ Vallejo Ruiloba, J. *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*. Barcelona: Masson-Salvat, 1991, 3ª Ed., pp. 6-7.

“Foucault planteó con fuerza y perspicacia el tema, pero el asunto no ha ido mucho más allá, quizá porque del pensamiento de Foucault sólo parecen haber tenido progenie las obviedades y los errores.”³¹⁸

Si nuestro autor considera al pensador francés como inspirador de reflexiones interesantes, nada hay que objetar, pero las interpretaciones de Savater sobre la historia de la enfermedad mental parecen dar a Foucault un valor injustificado como historiador. Así lo expresa Claude Quétel, historiador de la reclusión psiquiátrica en Francia:

“No obstante, tenemos que agradecer a Foucault que haya reabierto de este modo el taller de la historia de la locura y la psiquiatría [...] Pero en este sentido hizo obra de historiador. Ha tomado la mayor parte de sus materiales a la Historia, sobre todo a la historia de la medicina y de la psiquiatría. En consecuencia, ningún historiador de la psiquiatría, ya lo hemos dicho, puede ahorrarse la lectura de Foucault. Pero, ¿cómo pretender captar totalmente a Foucault, siendo que él tiene varios lenguajes que se mezclan deliberadamente? ¿Cuándo es filósofo? ¿Cuándo es sociólogo? ¿Cuándo es historiador? ¿Cuándo es poeta?”³¹⁹

Hemos aportado dos ejemplos de cómo el rigor historiográfico de Michel Foucault ha sido puesto en tela de juicio. Pero aunque las críticas a Foucault no son escasas, esto no significa que sus planteamientos carezcan de interés, tal como observa Rafael Huertas:

“Pero a mí Foucault no me interesa tanto como el historiador que de hecho no fue, sino como un pensador inquietante que da pistas, aunque algunas pueden ser falsas, que obligan a reconsiderar ‘verdades epistemológicas’ ”.³²⁰

¿Cuáles son esas ‘verdades epistemológicas’ a las que se refiere Rafael Huertas? Junto con Ricardo Campos Marín, este autor nos proporciona algunos ejemplos

³¹⁸ Savater, F. “¿Qué me pasa, doctor?”. *El País*, 29-11-1991.

³¹⁹ Quétel, C. “¿Hay que criticar a Foucault?”. En: *Pensar la locura. Ensayos sobre Michel Foucault*. Barcelona: Paidós, 1996 ; pp. 67-87; pp. 84-85.

³²⁰ Álvarez, J.M^a; Esteban, R. “Entrevista con Rafael Huertas”. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría* 1999;XIX(72):655-668; p. 660.

mediante el análisis de la función de los manicomios en el nacimiento de la psiquiatría, centrándose en el caso francés y en la crítica de los trabajos de corte genealógico de Michel Foucault con motivo de una nueva edición de *El poder psiquiátrico*³²¹, transcripción de un curso que impartió en el año académico 1973-74 en el College de France. Antes de empezar su estudio, estos dos autores nos advierten de la nada fácil tarea de leer a Foucault:

“El tono directo y pedagógico contribuye a aclarar y matizar anteriores afirmaciones suyas, mucho más confusas. No obstante el lenguaje utilizado al igual que en el resto de sus obras, es exuberante, retórico y complejo, dando como resultado un libro excesivamente cerrado y lleno de ambigüedades.”³²²

Según Campos y Huertas, el nacimiento de la psiquiatría se configuró en torno a tres aspectos:

1) La discordancia entre la reivindicación por los alienistas de la locura como enfermedad y de la posibilidad de tratarla médicamente y el paradójico alejamiento de la psiquiatría de la medicina debido a sus aspectos represivos y de defensa social. Es en estos dos últimos aspectos en los que se centran los planteamientos de Foucault, ligados siempre al radicalismo cultural de la década de los años setenta y al movimiento antipsiquiátrico. La *Historia de la locura* apareció en 1961, al mismo tiempo que *Asylums* de Erving Goffman y *El mito de la enfermedad mental* de T. Szasz³²³ de manera que, como nos recuerda Rafael Huertas:

“Foucault toma como punto de partida la situación actual (de 1973) de la psiquiatría a la luz de las aportaciones de los autores llamados antipsiquiatras o considerados en el ámbito de la antipsiquiatría, para proponer, aplicando el método genealógico, un análisis de las relaciones de poder que condicionaban el funcionamiento de la institución asilar y que dirigían las formas de intervención

³²¹ Foucault, M. *El poder psiquiátrico*. Madrid: Akal, 2005.

³²² Campos Marín, R.; Huertas García-Alejo, R. “Los lugares de la locura: reflexiones historiográficas en torno a los manicomios y su papel en la génesis y el desarrollo de la psiquiatría.” *Arbor* 2008; 731: 471-480.

³²³ Existen traducciones en castellano: Goffman, E. *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Madrid: Martínez Murguía, 1987. Szasz, T. *El mito de la enfermedad mental*. Barcelona: Círculo de Lectores, 1999.

médica. Como Basaglia, Cooper o Bonnafé, él también intenta impugnar la psiquiatría y negar la institución; de ahí su evolución desde el estudio de la enfermedad mental (la locura) al de la medicina mental (la psiquiatría).”³²⁴

En suma, los estudios genealógicos han desposeído al manicomio de su carácter científico, elaborado por los psiquiatras durante siglo y medio:

“En su lugar, la institución manicomial es analizada como un espacio de poder, de elaboración de saberes relacionados con la gestión y disciplinamiento de la población y no con la curación del enfermo mental y con la comprensión de la enfermedad.”³²⁵

Este tipo de análisis presenta varias limitaciones. En primer lugar, el universo manicomial se presenta como un orden psiquiátrico perfectamente acabado:

“...olvidando con facilidad que las intervenciones del poder político fueron fruto más de soluciones coyunturales y descoordinadas, con un fin inmediato de defensa del orden social, y no tanto una articulada estrategia de contención e higienización de las clases populares a partir de las tecnologías nacidas en el interior del manicomio.”³²⁶

En segundo término, el alienismo es presentado como un sólido bloque en torno al poder médico centrado en el manicomio. Foucault presta poca atención a los debates sobre el uso de la coerción, a las discusiones sobre la naturaleza de la enfermedad mental o las disensiones sobre el manicomio como única institución médica dedicada a la curación de los enfermos mentales:

“La realidad de los debates nosográficos es recorrida con mucha discreción o simplemente obviada, como si fuera un epifenómeno que no merece atención. Sin embargo, estas discusiones médicas nacen en muchas ocasiones de

³²⁴ Huertas, R. “Foucault, treinta años después. A propósito de *El poder psiquiátrico*.” *Asclepio* 2006; LVIII (2): 267-275 ; p. 275.

³²⁵ Campos Marín, R.; Huertas García-Alejo, R. “Los lugares de la locura...”, p. 473.

³²⁶ Campos Marín, R.; Huertas García-Alejo, R. *Ibíd.*, p. 474.

la realidad manicomial con la que los psiquiatras se enfrentan cotidianamente y no siempre puede leerse desde una perspectiva de poder.”³²⁷

En tercer lugar, estos autores destacan el escaso interés de Foucault por el proceso de institucionalización de la psiquiatría, que precisa crear un cuerpo de conocimientos científicos que la legitime ante la sociedad, las instancias políticas y ante el resto de la profesión médica:

“En este sentido, son muy ilustrativos algunos trabajos que han mostrado la situación de debilidad, incluso de marginación en la que se encontraban los psiquiatras franceses a mediados del siglo XIX o la casi inexistencia de profesionales del ramo en la España decimonónica, contradiciendo así las tesis genealogistas”.³²⁸

2) La pretensión de aplicar a la sociedad en su conjunto la tecnología moralizadora e higienizadora nacida en los manicomios con el fin de prevenir la enfermedad y domesticar la pobreza. Entre las observaciones que pueden hacerse a esta manera de pensar, Campos y Huertas resaltan las diferencias entre países en cuanto a la institucionalización del manicomio, haciendo hincapié en la situación de las instituciones mentales españolas:

“El manicomio decimonónico español no fue un espacio medicalizado; ni siquiera en muchos de ellos podían identificarse claramente las marcas del saber médico, a las que se refería Foucault, pues estaban en manos de religiosos y el médico encargado de la parte científica se limitaba, por falta de preparación, a atender los casos de enfermedades comunes de los pacientes ingresados. Los edificios, no respondían a la idea original del manicomio; ni mucho menos parece que fueran una prolongación del psiquiatra como apuntaba Foucault. Ni siquiera se consiguió crear una red pública asistencial. La poca psiquiatría existente se practicaba en un puñado de instituciones privadas radicadas mayoritariamente en Cataluña y dirigidas a la burguesía. ¿Realmente se podía en

³²⁷ Campos Marín, R.; Huertas García-Alejo, R. *Ibíd.*, p. 474.

³²⁸ Campos Marín, R.; Huertas García-Alejo, R. *Ibíd.*, p. 475.

estas instituciones desarrollar tecnologías de disciplinamiento social que pudieran exportarse al campo social?”.³²⁹

No obstante, estos autores coinciden con Foucault en la transformación del manicomio de institución terapéutica en mero lugar de custodia, tras el fracaso del tratamiento moral, debido al desinterés político y a la dificultad de financiar centros para enfermos pobres, lo que favoreció la tendencia a la cronificación –real o ficticia– de muchos enfermos mentales, necesarios para el sostenimiento económico de instituciones basadas en el trabajo de los internos.

3) Las discusiones sobre el carácter somático o psicológico de la enfermedad mental, alternando a lo largo del tiempo unas sobre otras con el consiguiente reflejo en la práctica terapéutica, que han llegado a nuestro días. Ya en el último tercio del siglo XIX la neurología aparece como disciplina que amenaza el monopolio psiquiátrico sobre los trastornos psíquicos y, por lo tanto, también el poder psiquiátrico.

Para terminar su análisis, y a modo de resumen, Campos y Huertas exponen así su criterio sobre los planteamientos foucaultianos relativos a la historia de la psiquiatría:

“Nuestra posición es que ha existido una hipervaloración de la locura como problema político y que anejo a esa interpretación se ha sobredimensionado también el papel de control social del manicomio.”³³⁰

Una vez hechas estas puntualizaciones, podemos concluir que las afirmaciones de Savater sobre la psiquiatría como alienante instrumento de control social son, cuando menos, exageradas, que obedecen a una actitud política establecida de antemano y que no se atienen –ni buscan– los hechos acreditados por la investigación historiográfica. La medicina no tuvo el papel central que nuestro autor la atribuye y el control social no estuvo en manos de los médicos, sino de la clase política. Así pues, al compartir Savater los juicios de Foucault, también se hace partícipe de sus errores.

³²⁹ Campos Marín, R.; Huertas García-Alejo, R. *Ibíd.*, p. 477.

³³⁰ Campos Marín, R.; Huertas García-Alejo, R. *Ibíd.*, p. 479.

TERCERA PARTE

Enfermedad, invención y pretexto

“Hoy, el disolvente universal para la culpa es la ciencia.
 Por eso la medicina es una institución social tan importante.
 Durante milenios, los hombres y las mujeres
 rehuyeron la responsabilidad teologizando la moral.
 Hoy la rehuyen medicalizando la moral.”³³¹

3.1. Cavilaciones sobre la enfermedad

Dentro de su cruzada personal en contra de la prohibición del tráfico y consumo de estupefacientes, Savater alude en varias ocasiones a la medicalización de la vida como pretexto para renunciar a la responsabilidad individual.

“Una de las tristes argucias del Estado terapéutico es conseguir –so capa de humanismo– que se prefiera la enfermedad a la culpabilidad, que resulta más ‘digno’ ser cleptómano que ladrón o ‘loco’ que ‘arrogante y agresivo’.”³³²

“Hoy se prefiere ser cleptómano a ser ladrón, porque lo primero es una fatalidad desculpabilizadora y lo segundo el mote infamante de la libertad mal empleada.”³³³

“Como toda renuncia a la posibilidad de culpa, es decir a la responsabilidad, esta dimisión de la libertad es vista como un avance enriquecedor y hasta ‘humanizador’ de nuestra época. Es preferible cualquier forma de vil determinismo a aceptar los riesgos y consecuencias de una elección libre: por ello hay quien cree que es preferible ser cleptómano a ser ladrón y que

³³¹ Savater, F. “El año Szasz”. En: *Perdonadme ortodoxos*. Madrid: Alianza Editorial, 1986 (1ª Ed); pp. 179-186; p. 180.

³³² Savater, F. “Paradojas éticas de la salud”. En: *El contenido de la felicidad*. Madrid: El País/Aguilar, 1986; pp. 141-161; p. 157 .

³³³ Savater, F. “¿Salvación o salud?”. *El País*, 11-03-1985.

es más ‘humano’ considerar enfermos a los homosexuales que condenarlos a prisión por viciosos”.³³⁴

“Después de todo, estamos acostumbrados a oír que es mejor tratar a los drogadictos como *enfermos* que como *delincuentes*. Y de su *enfermedad*, naturalmente, no tienen la culpa ellos, sino la sociedad, los narcotraficantes, el Gobierno, la naturaleza, o lo que sea. Sin embargo, este bálsamo de irresponsabilidad no es tan inocuo como parece: el *pecado* se convierte en *enfermedad*, pero justo en la medida en que la enfermedad es reconocida como el verdadero pecado social, el que autoriza las más drásticas intervenciones en la vida del paciente. ¿Es más *progresista* considerar a los usuarios de drogas –o a los homosexuales– como casos clínicos en vez de como casos penales?”.³³⁵

“La tendencia general es a medicalizar todo lo que no se puede criminalizar: cualquier conducta públicamente desaprobada se convierte en asunto clínico, aunque la clínica constituye además un buen pretexto para justificar la intervención policial. El comilón es un bulímico; el jugador, un ludópata; el ladrón, un cleptómano; el mujeriego, un sexópata; el ebrio, un toxicómano, y se les envía al hospital en cuanto se les pilla descuidados o si ellos lo solicitan para volver a ser amados por el temible prójimo, pero siempre con tanto fundamento científico como tenían los estalinistas para enviar a los disidentes políticos al manicomio. Si alguien hace algo que le sienta mal o que sienta mal a sus vecinos, lo que está de moda hacer es ponerle enseguida en tratamiento y convertir las pasiones en dolencias, los defectos en sucedáneos alucinatorios de la gripe o del cáncer.”³³⁶

“Por todas partes surgen nuevas enfermedades, caracterizadas como adicciones, es decir, como la manía de continuar haciendo lo que ya nos han dicho cien veces que no hagamos... o lo que nosotros mismos hemos dicho en voz alta que no queremos seguir haciendo. Hay ludópatas que juegan más de la cuenta, sexómanos que no piensan más que en follar, alcohólicos, drogadictos

³³⁴ Savater, F. “¿Enfermedad mental o enfermedad moral?”. En: *Ética como amor propio*. Madrid: Mondadori España, 1988 (1ª Ed.), pp. 274-286; p. 281.

³³⁵ Savater, F. “¿Qué me pasa, doctor?”. *El País*, 29-11-1991.

³³⁶ Savarér, F. “Padres nuestros”. *El País*, 18-01-1993.

varios, colgados de los videojuegos o de los teléfonos móviles, trabajoadictos que no se cansan nunca de enredar en la oficina, y vaya usted a saber cuántos tipos de enfermedades más, diseñadas a la medida de quienes no quieren enmendarse.”³³⁷

Savater repite así algunos tópicos de la crítica a la medicalización de la sociedad que tuvo su auge en el decenio de 1970, coincidiendo con el de la antipsiquiatría. Podemos comprobarlo en la siguiente cita de 1976 del inevitable Ivan Illich:

“En una sociedad enfermiza prevalece la creencia de que definir y diagnosticar la mala salud es infinitamente preferible a cualquier otra forma de calificación o a carecer de calificación alguna. Es mejor que ser criminal o disidente político, mejor que la holgazanería, mejor que el absentismo laboral deliberado. Cada vez más gente admite en su fuero interno que están asqueados y hastiados de sus trabajos y de la pasividad de su tiempo libre, pero desean escuchar la mentira piadosa de que la enfermedad física les exonera de las responsabilidades políticas y sociales. Quieren que el médico actúe como abogado y como sacerdote. Como abogado, el médico exime al paciente de sus deberes habituales y le capacita para cobrar del seguro de enfermedad que se le obligó a crear. Como sacerdote, se convierte en cómplice del paciente al crear la ficción de que éste es una víctima inocente de mecanismos biológicos y no un perezoso, un glotón o un desertor de una lucha social por los medios de producción. La vida social se transforma en administrar y recibir tratamiento: médico, psiquiátrico, pedagógico o geriátrico. Reclamar el acceso a tratamientos se convierte en un labor política y el certificado médico en un poderoso instrumento de control social.”³³⁸

En ese mismo año, Michel Foucault nos mostraba así la cara opuesta de la salud como pretexto al denunciar la falsa patologización de la delincuencia:

“Recientemente en Francia un ex recluso escribió un libro para hacer comprender que si robó no fue porque su madre lo destetó antes de tiempo ni

³³⁷ Savater, F. “Enfermedades a la medida”. *Interviú*, Nº 1.491, 22-11-2004

³³⁸ Citado en Smith, R. “In search of non-disease”. *BMJ* 2002;324:883-5; p. 884.

porque su superego es débil ni tampoco porque sufre de paranoia, sino por que le dio por robar y ser ladrón.”³³⁹

Aunque, como vemos, las ideas de Savater sobre la medicalización de la sociedad actual no fuesen en absoluto nuevas cuando las expresó, sus consideraciones siguen siendo válidas hoy y nos llevan a reflexionar sobre las circunstancias que han llevado a la situación presente. En primer lugar, analizaremos el componente social e histórico de la enfermedad sirviéndonos de algunas patologías, antiguas y modernas, cuya misma existencia está rodeada de polémica. Partiendo de esta base, nos ocuparemos del actual proceso de invasión por la medicina de ámbitos tradicionalmente ajenos a ella, lo que se ha dado en llamar medicalización. Por último, trataremos de identificar a los impulsores, o al menos a los beneficiarios, de esta medicalización desbocada así como las ya visibles consecuencias de este proceso, es decir, el incremento explosivo de la demanda de servicios sanitarios.

3.2. Enfermedades descubiertas o inventadas

El planteamiento biológico o mecanicista de la medicina considera a las enfermedades de forma similar a las especies botánicas o zoológicas: siempre estuvieron presentes a lo largo de la historia humana y la medicina ha ido identificándolas paulatinamente. Sin embargo, este modo de razonar implica una serie de dificultades. La primera es la definición misma de enfermedad. El debate entre los defensores del planteamiento de la medicina como una ciencia natural más y sus detractores gira en torno a si la enfermedad se corresponde con la normalidad estadística o con la percepción individual de enfermedad. No nos ocuparemos aquí de tan difícil asunto, sino que nos limitaremos a analizar algunas dolencias cuya realidad biológica ha sido muy discutida e, incluso, manipulada. Quizá una de las más discutidas fuese la clorosis, patología que aunque hoy haya desaparecido de los textos médicos, permaneció en ellos durante siglos. En un diccionario médico de 1998 encontramos esta definición:

³³⁹ Foucault, M. “La crisis de la medicina o la crisis de la antimedicina”. *Educ Med Salud* 1976; 10(2): 152-170; p. 164.

“Trastorno especialmente frecuente durante el siglo XIX y que de repente desapareció; solía afectar a mujeres adolescentes y se pensó que guardaba relación con una anemia ferropénica, caracterizada por coloración amarillo limón de la piel y por eritrocitos hipocrómicos”.³⁴⁰

No se pone en duda que fue una dolencia que existió antaño, pero nada se dice de las razones de su desaparición y tampoco de su etiología o tratamiento. Esta vaguedad no es atribuible a la redacción del diccionario, sino a la propia situación que siempre tuvo la clorosis dentro de la nosología médica. Así lo expresó Gregorio Marañón (1887-1960) al sostener que en el caso de la clorosis no existían las condiciones exigibles para caracterizarla como una especie morbosa. El cuadro clínico, clave para el diagnóstico, era multiforme; carecía de una etiología definida y uniforme, siendo la edad y el sexo los únicos elementos etiológicos estables. Tampoco existía una anatomía patológica específica. Marañón explicaba así la persistencia del diagnóstico de una enfermedad cuya realidad clínica era discutible:

“Anotemos también el hecho curioso de que en esta invención de enfermedades, o en esta exageración de la extensión de otras, influye muy poco la evolución social. Hay, por ejemplo, dos enfermedades fantasma, la clorosis y el histerismo, que representan una exacerbación de la personalidad del enfermo; y fueron por ello populares en épocas de profundo auge de la individualidad, como el romanticismo. Ahora, cuando la individualidad está en decadencia e impera una psicología gregaria o sindical, no se concibe que una mujer clorótica o una mujer histérica tengan, por el hecho de serlo, el éxito social y el prestigio literario –reflejo éste de aquel- que tuvieron hace siglo y medio”.³⁴¹

Según señala Juan L. Carrillo, es obvio que las opiniones de Marañón sobre la clorosis no pudieron pasar desapercibidas dentro del panorama médico. No obstante, no tuvieron repercusión alguna en el mundo académico español, pudiéndose encontrar hasta fechas tan próximas como 1981 consideraciones sobre la etiología y clínica de la

³⁴⁰ *Dorland Diccionario Médico*. Madrid: Interamericana-McGraw Hill (23ª Edición), 1998.

³⁴¹ Citado por Carrillo, J.L. en “La clorosis, ¿conquistada o retirada del campo de batalla?: una aproximación al caso español.” *Medicina e Historia* 2006; 4: 1-15; p. 5.

clorosis³⁴², a lo cual pudo contribuir la ambigua posición del propio Marañón al no excluirla en su *Manual de diagnóstico etiológico* y mantenerla en todas las ediciones posteriores, incluida la póstuma de 1974.

¿Cómo es posible que una dolencia sin clínica contrastable, carente de anatomía patológica y de alteraciones analíticas demostrables fuese reconocida como una especie morbosa real hasta el penúltimo tercio del siglo veinte? Sorprendentemente, el diagnóstico de clorosis, lejos de hacerse menos frecuente con el transcurso del tiempo y la tecnificación de la medicina, se hizo tan abundante a finales del siglo XIX y principio del XX que llegó a convertirse en un verdadero cajón de sastre que enmascaraba otros procesos morbosos. La siguiente frase de L.T.J. Landouzy (1845-1917) resulta reveladora:

“Mostrarme una verdadera clorótica, que no sea una tuberculosa, ni una sífilítica, ni una nefrítica, ni una gastropática, ni una mujer afecta de ninguna enfermedad capaz de causar la anemia... y os daré una recompensa”.³⁴³

La explicación de esta aparente paradoja radica en su tratamiento. Cuando en 1554 Johannes Lange (1485-1565) describió la clorosis como *morbo virgineo*, también planteó su tratamiento definitivo, que no era otro que el matrimonio, la práctica del coito genital y los embarazos, al igual que más tarde se indicaría para el tratamiento de las histéricas. Y esta terapéutica, aunque siempre tuvo detractores, se mantuvo vigente hasta finales del siglo XIX. Quizá sea este el elemento imprescindible para explicar la persistencia de la enfermedad en los libros de texto médicos y en la sociedad a pesar de su indefinición clínica:

“Y es que destruir la clorosis en tanto que entidad clínica era privar a la sociedad de un instrumento de medicalización de alto valor en el control de las mujeres.”³⁴³

Situaciones históricas como la expuesta han abonado el terreno para los planteamientos constructivistas de la historia de la enfermedad. Según estos, las

³⁴² Carrillo, J.L. *Ibíd.*, p. 14.

³⁴³ Carrillo, J.L. *Ibíd.*, p. 9.

enfermedades o especies morbosas no constituyen entidades inalterables a lo largo de la historia, sino que:

“Son, por el contrario, constructos intelectuales que se articulan en contextos sociales concretos, resultando a su vez articuladores de un conjunto de relaciones sociales en el seno de los mismos. Así pues, la enfermedad como objeto clínico únicamente existe dentro del marco histórico-cultural en el que se constituye como entidad específica, por lo que sólo será plenamente comprensible desde su interpretación en dicho marco”.³⁴⁴

La irrupción del SIDA a finales del decenio de 1970, con su componentes morales y de estigmatización entre otros, puso en primer plano el estudio social de la enfermedad, aunque los planteamientos constructivistas pueden remontarse a la obra pionera de Ludwik Fleck (1896-1961) en 1935.³⁴⁵ Recordemos, por otra parte, que existe en España una rica tradición de estudio social de la enfermedad.³⁴⁶ Todo esto viene al caso para facilitar la comprensión del fenómeno de la medicalización, mediante el que sectores de la vida cotidiana que nunca estuvieron relacionados con la medicina empiezan a depender de ella hasta extremos sorprendentes.

La situación en España de la clorosis y su marco histórico no difieren demasiado de los de la neurastenia, según han puesto recientemente de manifiesto Josep Bernabeu-Mestre y colaboradores.³⁴⁷ Coincidiendo con la época de mayor impacto de la clorosis a finales del siglo XIX, la neurastenia alcanzó una gran prevalencia en los países occidentales, calificada incluso como la enfermedad del siglo o la enfermedad de moda. El término neurastenia se generalizó a partir de 1880, cuando el estadounidense Beard describió su semiología, atribuyéndola a una disfunción cerebral derivada de un excesivo trabajo o tensión preferentemente intelectual. Este autor la consideraba una dolencia típica del hombre americano –aunque afectase a ambos sexos– de profesión

³⁴⁴ Arrizabalaga, J. “Nuevas tendencias en la historia de la enfermedad: a propósito del constructivismo social.” *Arbor* 1992; CXLII (558-560): 147-165; p. 150.

³⁴⁵ Arrizabalaga, J. “La teoría de la ciencia de Ludwik Fleck (1896-1961) y la historia de la enfermedad.” *Dynamis* 1987-88; 7-8: 473-481.

³⁴⁶ Bernabeu Mestre, J. “La actualidad historiográfica de la historia social de la enfermedad”. *Revista de Demografía Histórica* 1989; 7(3):23-36.

³⁴⁷ Bernabeu-Mestre, J; Cid Santos, A.P., Esplugues Pellicer, J.X., Galiana-Sánchez, M.E. “Categorías diagnósticas y género: los ejemplos de la clorosis y la neurastenia en la medicina española contemporánea (1877-1936).” *Asclepio* 2008; LX (1): 83-102.

preferentemente liberal de mediana edad. Entre sus síntomas más frecuentes estaban la fatiga con el menor esfuerzo, la cefalea, la raquialgia, la dispepsia y los trastornos digestivos, el insomnio y la depresión. Pero también podía presentar una clínica muy variada: temblores, taquicardia, palpitaciones, opresión, pérdida de memoria, imposibilidad para fijar la atención y trabajar, irresolución, irritabilidad, abulia, abatimiento, pensamientos tristes o hipocondríacos, obsesiones, preocupaciones y fobias diversas.³⁴⁸

Según Bernabeu-Mestre y cols., el predominio de lo subjetivo, la dificultad para objetivar posibles lesiones y el desconocimiento de la etiología llevaron a muchos médicos a considerar la neurastenia como una enfermedad imaginaria y como meros simuladores a quienes la sufrían, lo que agravaba aun más sus padecimientos. La realidad de la dolencia fue puesta en duda. Concluyen estos autores observando analogías con situaciones actuales:

“Parece oportuno preguntarse en qué medida la formulación de categorías diagnósticas como la clorosis y la neurastenia en el pasado, o la fibromialgia y el síndrome de fatiga crónica en la actualidad, no enmascaran, en el contexto del creciente proceso de medicalización que vive la población occidental desde el siglo XIX, una situación de sobreexplotación (trabajo doméstico y extradoméstico), de deficientes condiciones de vida y de salud, y de estigmatización, por su condición de mujeres, que padecían y padecen importantes sectores de la población.”³⁴⁹

Mucho más tajante se muestra el psiquiatra Guillermo Rendueles³⁵⁰ cuando crítica ácidamente las interpretaciones convencionales sobre entidades nosológicas tan evanescentes como la fibromialgia y el síndrome de fatiga crónica, tildando a quienes las padecen de ventajistas que se aprovechan del estado de bienestar. Según él, la aceptación de las quejas somáticas derivadas del trabajo:

³⁴⁸ Bernabeu-Mestre, J. y cols. *Ibíd.*, p. 92-93.

³⁴⁹ Bernabeu-Mestre, J. y cols. *Ibíd.*, p. 101.

³⁵⁰ Rendueles Olmedo, G. “Ventajistas: de la fibromialgia a la histeria pasando por la simulación.” *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría* 2004; 24(90): 75-81.

“Crea, fabrica por esa magia que las palabras generan, una realidad médico-psico-social, un síndrome, donde siempre hubo fatiga (trabajar cansa), disciplina laboral (léase humillación obrera) y resistencia a la explotación.”³⁵¹

Duda de que los beneficios logrados con la consideración de enfermo lo sean de manera inconsciente, a la vista de los pocos alicientes que tendría abandonar una situación que, además de ahorrar el esfuerzo y los padecimientos del trabajo, proporciona una ganancia económica. Se inclina más bien por llamar a las cosas por su nombre:

“De ahí que sin necesidad de una epistemología de la sospecha quepa situar a estas enfermas en un campo intermedio entre esa inconsciencia [...] y la simulación franca (es asombrosa la escasez diagnóstica de esa categoría psiquiátrica que ilumina viejas patologías frecuentes al principio del siglo XX como hoy la fibromialgia llamadas el Corazón del Soldado o la Espina del Ferrocarrilero)”.³⁵²

No le falta razón a este autor al señalar que estas situaciones sólo son posibles gracias a que el médico se ve obligado a escoger entre el acto de fe y el rechazo social:

“Cuando llenamos un informe *psi* para la baja laboral de estos enfermos enfrentamos el gran problema de la práctica de la psiquiatría pública que debe avalar jubilaciones aparentando tener un saber del que carece para separar las expresiones ‘siente dolor’ del ‘finge tener dolor’. [...] La sospecha nos convierte en unos monstruos insensibles al dolor ajeno, y por ello conviene la credulidad ante el dilema y no ninguna pericia comunicativa como la que describía Vallejo Nájera para descubrir y mandar al paredón simuladores durante la guerra civil española.”³⁵³

Aunque un tanto extremados, los puntos de vista de Rendueles explican muy bien el fenómeno de la psiquiatrización al que nos referiremos más adelante. Ya se trate

³⁵¹ Rendueles Olmedo, G. *Ibíd.*, p. 76.

³⁵² Rendueles Olmedo, G. *Ibíd.*, p. 78.

³⁵³ Rendueles Olmedo, G. *Ibíd.*, p. 78. Se refiere al psiquiatra Antonio Vallejo-Nájera (1889-1960), ya citado, quien en 1934 publicó un libro sobre la simulación de enfermedades psiquiátricas.

de artificiosas construcciones sociales, de diagnósticos comodín o de patologías en espera de marcadores biológicos, es de esperar que el paso de los años sitúe a estas dolencias presuntamente nuevas en el lugar que les corresponde. El tiempo dirá si los que hoy dudan de su realidad eran crueles y miopes o si, al final, fue necesario enviar definitivamente a la fatiga crónica y la fibromialgia al mismo archivo en que reposan hoy la clorosis y la neurastenia.³⁵⁴

3.3. Crítica tradicional de la medicalización

La actitud crítica hacia lo que hemos dado en llamar medicalización prosperó aproximadamente entre 1950 y 1980, y venía a denunciar la utilización por el Estado de la medicina para intervenir en diferentes ámbitos de la vida de los ciudadanos. Esta es la interpretación que hace Savater y a ella dedicamos el presente apartado.

Según Márquez y Meneu³⁵⁵, la medicalización puede adoptar tres formas:

- 1) Redefinición de algunos procesos, caracterizándolos como enfermedades y abriéndolos así a la intervención médica.
- 2) Proclamación, sin crítica alguna, de la eficacia y bondad de la medicina prescindiendo del necesario equilibrio entre beneficios y riesgos.
- 3) Marginación de toda forma de afrontar las dolencias al margen de la medicina convencional.

La elaboración de situaciones de todo tipo para ser interpretadas como enfermedades, poniéndolas así a disposición de la medicina, es lo que Michel Foucault denominó la “mirada clínica”, la que Savater menciona con ironía al referirse al tratamiento sustitutivo con metadona:

³⁵⁴ Señalemos que en la clasificación CIE-10, dentro del apartado F48 “Otros trastornos neuróticos”, figura la neurastenia con la código F48-0.

³⁵⁵ Márquez, S.; Meneu, R. “La medicalización de la sociedad y sus protagonistas”. *Eikasía. Revista de Filosofía* 2007; 2 (8): 65-86. Nota: este artículo fue publicado previamente en *Gestión Clínica y Sanitaria* 2003; 47-53; p. 65.

“A este respecto valga una anécdota de la España reciente: en los debates en torno al empleo terapéutico de la metadona, fármaco destinado a ‘curar’ a los heroinómanos por medio de una adicción nueva, pero clínicamente más respetable, quedó establecido que la dosis debe ser administrada al enfermo ante la mirada providente del doctor. Es decir, mientras el paciente ingurgite las cucharadas prescritas de metadona –una por papá, otra por mamá...– ante los ojos del médico, está tomando una medicina; pero si cuando éste vuelve la espalda se echa al colete un buen trago del ambiguo producto cae de inmediato en el delito de drogadicción. Es un caso palmario en el que sólo la *mirada clínica* zanja la diferencia entre cura y delito, virtud tonificante y vicio debilitador.”³⁵⁶

Quienes trabajamos en el primer nivel asistencial, y sin salir del terreno del consumo de tóxicos, vemos a menudo ejemplos –penosos a veces, cómicos otras– del éxito de la “mirada clínica” de Foucault. Es el caso de las intoxicaciones etílicas que acuden para ser “tratadas” a las urgencias de los centros de salud. ¿Desde cuando las borracheras requieren tratamiento? ¿En qué singular momento se transforma la libertad individual para embriagarse en perentoria necesidad de asistencia facultativa? Los ejemplos en medicina primaria son muy numerosos y la perplejidad de los médicos es superada una y otra vez.

Como vemos, los críticos de la medicalización han ido cargándose de razón, y lo que era radicalismo en 1974 hoy es un punto de vista absolutamente convencional. En una conferencia impartida en octubre de 1974³⁵⁷, Foucault trató el proceso de medicalización desde tres puntos de vista: 1) la huella en la especie humana de las intervenciones médicas a partir del siglo XVIII; 2) la incorporación de la conducta y el cuerpo humano a una red creciente de medicalización y 3) la integración de la mejora de la salud en el desarrollo económico.

³⁵⁶ Savater, F. “Paradojas éticas de la salud”. En: *El contenido de la felicidad*. Madrid: El País/Aguilar, 1986; pp. 159-160.

³⁵⁷ Foucault, M. “Historia de la medicalización.” *Educ Med Salud* 1977; 11(1): 3-25.

Este autor plantea la hipótesis de trabajo del carácter social de la medicina moderna la cual, en consecuencia, consiste en una práctica que se desenvuelve en la sociedad capitalista desde finales del XVIII y principios del XIX, configurando tres formas de medicina: la medicina del Estado, la medicina urbana y la medicina de la fuerza laboral. En relación con cada una de estas formas de medicina, analiza su desarrollo histórico y su vinculación con la estructura social vigente en Alemania, Francia e Inglaterra, determinando los motivos por los que en Alemania desde finales del XVIII y comienzos del XIX se estableció una medicina burocratizada, colectivizada y estatizada. En Francia, apareció una medicina urbana, con sus métodos de vigilancia, y en Inglaterra surgió una medicina centrada en la fuerza laboral.

Aunque los juicios de Foucault deben interpretarse con cautela, dado su discutible rigor historiográfico, no dejan de tener valor como testimonio de algunos de los primeros análisis de la invasión médica de todos los ámbitos de la vida humana. La idea central de Foucault es que el modo de percibir el cuerpo y sus procesos no tienen mucho que ver con una pretendida realidad objetiva, pues se trata de una convención o construcción social. Como veremos, esta noción puede situarse perfectamente en la base de la actual medicalización de la sociedad.

En 1983, el sociólogo Fernando Álvarez-Uría³⁵⁸, autor foucaultiano convencido, se ocupó del desarrollo y efectos de la medicalización, con puntos de vista tan ideologizados como los expresados por Savater en aquel momento. Es inevitable la clásica andanada anticlerical, en la que argumenta que la medicina es heredera del control social que antaño poseyó la religión:

“A su vez la Iglesia, en cuyo seno moran los poderes sobrenaturales, ha pretendido ser la depositaria perenne de la fuente de salud y de los mil y un elixires de larga vida concentrados en sus sacramentos, sacramentales y reliquias. Dotada de este bagaje sobrenatural supo igualmente estar atenta a las miserias terrenales hasta el punto de convertir el socorro de los pobres en una fuente de innumerables ingresos.”³⁵⁹

³⁵⁸ Álvarez-Uría, F. “Salud sin límites. Datos para una sociología del proceso de medicalización.” *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría* 1984; 4(9): 4-17.

³⁵⁹ Álvarez-Uría, F. “Salud sin límites...” *Ibíd.*, p. 6.

Savater viene a decir lo mismo, como ya señalamos en el apartado dedicado a Foucault:

“Cuando, a partir del siglo XVIII, el declive de la dictadura teológica se fue considerando irreversible, hubo optimistas que lanzaron -¡ay!- las campanas al vuelo. Pero no había tanto motivo de júbilo, pues de inmediato la legitimación *religiosa* de la represión fue sustituida por la legitimación *médica*.”³⁶⁰

En efecto, durante el siglo XVIII parece que se produjo una alianza entre religión y medicina. Pero esta situación no fue siempre así y resultó difícil de alcanzar. F.A. Campagne, que ha analizado las relaciones entre creencia y medicina en España en el período al que se refiere Savater³⁶¹, nos informa de que la actitud adoptada por el cristianismo primitivo y hasta el siglo XII fue abiertamente opuesta al quehacer de los médicos. Sin embargo, en el siglo siguiente la medicina conquista un espacio propio en las universidades junto a la teología, el derecho y la filosofía natural, y a partir de 1350 se detecta un eclipse de las curaciones milagrosas como estigma principal de santidad. Desde mediados del siglo XIV surgieron otras manifestaciones de santidad (ascetismo, pobreza voluntaria, caridad heroica) y ya en el siglo XVIII el fanático y ascético español Pedro de Calatayud, apóstol medieval en el siglo de las luces, recomendaba consultar al médico antes de determinar la existencia de enfermedades por maleficio o posesión diabólica:

“Consulte a médico perito para ver si él informándose del paciente y de los parientes que más le tratan descubre enfermedad o achaque que toque a la Medicina”.³⁶²

Siempre según Campagne, en el siglo XIX la Iglesia Católica siguió defendiendo la legitimidad y autonomía del saber médico. En Lourdes, se instituyó un comité de médicos para detectar la existencia de milagros verdaderos y sólo las presiones iniciales de la contrarreforma y los estallidos anticlericales de los liberalismos y socialismos

³⁶⁰ Savater, F. “¿Salvación o salud?”. En: *Perdonadme ortodoxos*. Madrid: Alianza Editorial, 1986 (1ª Ed.); p. 188.

³⁶¹ Campagne, F.A. “Medicina y religión en el discurso antisupersticioso español, S. XVI-XVIII”. *Dynamis* 2000; 20: 417-46.

³⁶² Campagne, F.A. *Ibíd.*, p. 420.

modernos impulsaron a sectores de la jerarquía católica a fomentar explícitamente la difusión de curaciones milagrosas.³⁶³

Una vez conocidas estas circunstancias, sorprendería a nuestro autor saber que procedió precisamente de un eclesiástico, no solo el impulso contra las prácticas supersticiosas en la recuperación de la salud, sino también una de las primeras críticas a la medicalización. En la obra de Benito Jerónimo Feijóo (1676-1764) encontramos las clásicas diatribas contra la ineptitud de los profesionales de la medicina. Son las mismas de Leonardo Da Vinci, Molière o Quevedo. Sin embargo, un análisis más detenido nos permite apreciar que Feijóo critica no tanto la incompetencia de los médicos como la desmedida credulidad popular en las posibilidades de la medicina. El beneditino ve en ella una nueva idolatría, tan rechazable como las supersticiones a las que tanto y tan bien combatió. Así nos presenta la actitud del paciente ante el médico en visita domiciliaria:

“Entra el Médico al quarto de un enfermo (esto lo he visto yo muchas veces), y a dos palabras de informe que le oye, empieza a hacer una descripción exacta de la enfermedad: averigua su esencia, deslinda sus causas, señala el foco, explica cómo se hace la fermentación, dónde, y por qué conductos la excreción...; y esto con tanta confianza, como si fuera para sus ojos perfectamente diáfano el cuerpo del doliente. Toda esta ratila tienen los circunstantes por cierta; siendo así que no hay en toda ella ni una proporción sola, que, a buen librar, no sea dudosa. En quanto a los medicamentos habla con las misma satisfacción. Determina a punto fixo su actividad, y modo de obrar, califica su importancia, justifica su inocencia. ¿Qué se sigue de aquí? Que el vulgo, contemplando una deidad tutelar de su vida en el Doctor, le fatiga con continuos votos, obligándole a que sin necesidad amontone recetas sobres recetas, sobre el supuesto de que de aquella mano no puede venir cosa que no sea muy conveniente a su salud.”³⁶⁴

No obstante, cabe preguntarse si las palabras de Feijoo constituyen realmente una crítica a la medicina o más bien un ataque a los malos médicos o la charlatanería.

³⁶³Campagne, F.A. *Ibíd.*, p. 421.

³⁶⁴Feijoo, B.J. *Teatro crítico universal*. Madrid: Imprenta de Joaquín Ibarra, 1778; p. 358. (disponible en www.filosofia.org).

La respuesta dependerá de la valoración que hagamos de la medicina de la época, si como ciencia aplicada o como palabrería sin fundamento.

Y todo esto en el siglo XVIII, es decir, en ausencia de la deslumbrante tecnología médica moderna y su propaganda, a la que tan acostumbrados estamos. Feijóo estuvo en lo cierto entonces y ahora al emparejar la desmedida confianza en la medicina académica con la credulidad supersticiosa, pues el núcleo de ambas es una mentalidad mágica, totalmente ajena a la ciencia que hoy, lejos de persistir, cobra fuerza. Tal como señala Umberto Eco:

“La tecnología es la que da todo enseguida, mientras que la ciencia avanza despacio. [...] ¿Qué era la magia, qué ha sido durante los siglos y qué es, como veremos, todavía hoy, aunque bajo una falsa apariencia? La presunción de que se podía pasar de golpe de una causa a un efecto por cortocircuito, sin completar los pasos intermedios. [...] El debate que opone la medicina oficial a la medicina alternativa es de este tipo: ¿por qué el pueblo debe creer en la promesa remota de la ciencia cuando tiene la impresión de tener el resultado inmediato de la medicina alternativa?”³⁶⁵

Volviendo a los argumentos de Álvarez-Uría, también es inevitable el ataque contra los médicos:

“Es justamente en nombre del orden social como se impone una política nueva de vigilancia y control de las poblaciones. Conviene no olvidar que la higiene pública es en cierto modo heredera de los comités revolucionarios de ‘salud pública’ cuya última ratio consistía en hacer funcionar repetidamente el diabólico invento de un médico: la guillotina.”³⁶⁶

De nuevo la semejanza con el siguiente texto de Savater de 1985 es obvia:

“El paso de la salvación a la salud (a menudo apellidada guillotinescamente *pública*) no viene a ser sino vibrar en otro tono la misma

³⁶⁵ Eco, U. “El mago y el científico”. *El País*, 15-12-2002.

³⁶⁶ Álvarez-Uría, F. “Salud sin límites”. *Ibid.*, pp. 10-11.

cuerda: todo lo que se nos hace es por nuestro bien; también, desde luego, por el *bien común*, pero como ambos se da por hecho que coinciden, esta ampliación de miras no debe servirnos de ultraje.”³⁶⁷

En definitiva, los avances de la medicina preventiva y los sistemas de protección social encubren para Álvarez-Uría una siniestra intención:

“La medicina que interviene en nombre de la salud pública va a convertirse en la mejor arma para combatir el pauperismo y amortiguar así la lucha de clases. [...] La política de *seguridad social* iniciada por Bismarck en Alemania y seguida más tarde por liberales como Lloyd George en Inglaterra y Segismundo Moret en España nace precisamente para contener el peligro que para la burguesía representa el movimiento obrero organizado”.³⁶⁸

Es muy dudoso que Savater dijese algo semejante. No obstante, junto a este muestrario de tópicos progresistas de principios de los ochenta, encontramos algunas afirmaciones razonables, hace un cuarto de siglo y también hoy. Nada se le puede objetar a Álvarez-Uría cuanto enumera prolija y jocosamente la utópica definición de salud de la OMS (que no reproducimos por sobradamente conocida) de la siguiente forma:

“Detengámonos un momento ante tal concepción: *estado completo de bienestar*. ¿Quién puede presumir de tan angélica condición? Los dolores de cabeza, los ardores de estómago, la colitis, las molestias del embarazo, los dolores reumáticos, el asma, las alergias, la bronquitis, los catarros, la calvicie, la conjuntivitis y otros males, frecuentan cada instante nuestra condición de mortales ya que nuestra salud se ha perdido quizá para siempre en el acto del nacimiento. Y por si estas penurias cotidianas no fuesen suficientes ¿cómo no inquietarse cuando sabemos que los microbios nos acechan, los virus nos invaden, que estamos, en fin, en riesgo permanente de contagio? A los males físicos se suman los psicológicos: depresiones, una tristeza inexplicable,

³⁶⁷ Savater, F. *Perdonadme ortodoxos*. Madrid: Alianza Editorial, 1986 (1ª Ed.); p. 188. Inicialmente publicado en *El País*, 11-03-85.

³⁶⁸ Álvarez-Uría, F. “Salud sin límites...” *Ibid.*, p. 11-12.

exaltaciones súbitas, ciclotimias, irritaciones injustificadas, anemia, abulia, absentismo laboral, sinistrosis... Añadamos a todo esto las múltiples presiones y tensiones de la vida social, la crisis, las agresiones de la gran ciudad (ruidos, contaminación, incomunicación, stress), los alimentos en mal estado, el riesgo de transportes y hasta la sequía pertinaz que convierten en vapores mefíticos las aguas residuales”.³⁶⁹

No obstante, estas opiniones deben interpretarse en el contexto del momento en que fueron expresadas, a saber:

“En los años dorados de la Arcadia feliz del estado de bienestar la crítica radical a la medicalización iba dirigida a la intromisión del Estado en el individuo a través del poder normalizador de la clase médica. Sin embargo en el desarrollo del capitalismo posmoderno, el Estado da paso al mercado como uno de los principales protagonistas de la medicalización potenciando el saber y los mitos que han de compartir médicos y enfermos”.³⁷⁰

De ser ciertos estos planteamientos, la posición de dominio que antes ostentó el Estado hoy es ocupada por el mercado, pero sus colaboradores –los médicos– siguen siendo los mismos.

3.4. Savater y los médicos

Fernando Savater, catedrático de filosofía en la Universidad Complutense de Madrid (recientemente jubilado), es hoy un personaje extremadamente conocido tanto por sus colaboraciones periodísticas y ensayos como por su actividad política como fundador del partido *Unión, Progreso y Democracia*. En su copiosísima bibliografía se ha tratado de los temas más diversos: filosofía, política, historia, educación e incluso economía. Por lo tanto, aparentemente, en su obra Savater no ha prestado atención a los médicos. Veremos seguidamente que no es así.

³⁶⁹ Álvarez-Uría, F., *op. cit.*, p. 13.

³⁷⁰ De la Mata Ruiz, I; Ortiz Lobo, A. “La colonización psiquiátrica de la vida”. *Archipiélago. Cuadernos de crítica de la cultura* 2007; 76: 39-50; pp. 46-47.

El punto de contacto entre nuestro autor y la medicina no es otro que la ética, como recoge la frase que encabeza esta Tercera Parte, y la herramienta que utiliza Savater para referirse a los médicos es el ensayo o el artículo periodístico, géneros que albergan lo mejor de su producción, como ya mostramos en la Introducción (I.2.- ¿Por qué Savater?). Esto significa que sus opiniones pueden tener tanta repercusión como abundantes sean sus lectores y que pueden contribuir a crear un estado de opinión sobre determinados asuntos, como es el caso de la repercusión sanitaria de la actuación de los médicos.

No es posible valorar plenamente el contexto cultural de la práctica médica de una época leyendo exclusivamente textos médicos. Con frecuencia el historiador de la medicina encuentra material útil en los trabajos de los críticos sociales, filósofos y literatos, por no decir en los propios pacientes³⁷¹. Es muy cómodo desechar las críticas y censuras hacia la profesión médica expuestas por ajenos a la profesión, tildándolas sistemáticamente de cháchara ociosa de entrometidos ignorantes. Pero es precisamente el inevitable distanciamiento del lego en medicina el que proporciona a la literatura o el periodismo su valor como inigualable indicador de los vaivenes sociales en la estimación social del médico.

Las consideraciones y juicios literarios se han dirigido habitualmente hacia la parte más accesible de la medicina, es decir, hacia los médicos y su modo de proceder. Esta valoración puede expresarse de manera implícita en el contenido de los relatos o de modo directo a través de las intervenciones de los personajes de ficción. En ocasiones es el propio autor quien juzga a los profesionales de la medicina y, como veremos, el mérito literario no excluye ni atempera las inclinaciones personales ni los prejuicios.

De la pluma de Francisco de Quevedo (1580-1645) salieron algunos de los mejores textos en lengua española, pero también las más aceradas e inmisericordes filípicas contra los herederos de Hipócrates. No podemos resistirnos a traer aquí un fragmento de su *Sátira de la profesión médica* de 1629:

³⁷¹ Porter, R. "The patient's view: doing medical history from below." *Theory Soc* 1985;(14):175-198.

“Si quieres ser famoso médico, lo primero linda mula, sortijón de esmeralda en el pulgar, guantes doblados, ropilla larga y en verano sombrero de tafetán. Y teniendo esto aunque no hayas visto un libro, curas y eres doctor; y si andas a pie aunque seas Galeno, eres platicante. Oficio docto, que su ciencia consiste en la mula.”³⁷²

Además de ser una generalización obviamente injusta, sería erróneo pensar que los ataques de Quevedo hacia los médicos, a los que describe como ignorantes, presuntuosos, pedantes y codiciosos son una descripción fiel de la realidad de la época. En efecto, el tratamiento crítico de la figura del médico no escapó a la descripción de la sociedad que recoge la novela picaresca³⁷³ y de hecho constituye un tópico literario que puede documentarse desde la Baja Edad Media³⁷⁴. Pero esto tampoco significa que el contenido de la sátira no tenga el menor punto de contacto con la realidad observada por el autor.

Dejando a un lado el intento de deslindar la realidad de los convencionalismos literarios, cabe preguntarse las razones del odio de Quevedo a los médicos, quien parece preferir la sátira mordaz al estudio detenido. Se han invocado todo tipo de explicaciones, que van desde el simple asco que le inspiraban esos hombres que husmeaban excrementos y orines, hasta un supuesto antisemitismo dado el origen judío de muchos médicos de la época, pasando por su desconfianza hacia cualquier ciencia o técnica o el recuerdo de malas experiencias con los facultativos.

Pero René Quérillacq propone una hipótesis más, tan válida como otra cualquiera:

“¿No sería posible que la condena tuviera sus raíces en una concepción filosófico religiosa de la enfermedad? [...] Orden natural y divino son indisociables en la filosofía de la época: la enfermedad, mal natural, es también un castigo divino, y luchar contra ella es levantarse contra Dios, lo que implica

³⁷² Quevedo, F. *Libro de todas las cosas y otras muchas más*. Madrid, Edimat Libros, 2000, p. 379.

³⁷³ Granjel, L.S. “La figura del médico en el escenario de la literatura picaresca española.” *Medicina e Historia* 1966; 19: 2-15.

³⁷⁴ Quérillacq, R. “Quevedo y los médicos: sátira y realidad”. *Cuadernos Hispanoamericanos* 1986; 428: 55-66.

motivaciones dudosas de parte de quien se atreve a tanto. Por otro lado, el combate entre Dios y los hombres es tan desigual e inútil que la gente sensata debe sospechar de los medios empleados por los médicos que se ven rápidamente asimilados al grupo de los estafadores.”³⁷⁵

Sean cuales fueren los motivos de la animadversión de Quevedo hacia los médicos, nunca aportó argumentos razonados contra los fundamentos de la medicina de su época. Quien si lo hizo fue el citado Feijoo, quien entre 1726 y 1739 publicó en ocho tomos el *Teatro crítico universal*, compuesto de 118 *Discursos* sobre todo tipo de asuntos. Los temas y problemas médicos aparecen con profusión en estas obras, a las que se considera como las primeras formas de ensayo en lengua española.³⁷⁶ Estos *Discursos* buscaban enfrentarse a los problemas culturales del momento además de responder a las necesidades políticas de la recién instaurada monarquía borbónica. Pero eran también una nueva forma de escribir, alejada de los farragosos textos eruditos, tratándose de:

“...una breve intervención construida como un rápido fuego cruzado, ágil, seguro y, sobre todo, abierto a la comprensión de un público mucho más amplio y no necesariamente especializado; aquel público que podía ser la opinión necesaria para hacer viable en la sociedad el nuevo curso inaugurado por la dinastía francesa y sus ‘ilustrados’ ministros”.³⁷⁷

En el *Discurso* quinto del Tomo Primero, titulado “Medicina”, Feijoo intentó demostrar que la medicina es una ciencia incierta, con el propósito manifiesto de exhortar a médicos y pacientes a que ajustaran sus expectativas y actos a esa circunstancia:

“No sólo se oponen en la curación los Médicos que siguen sistema diverso; mas también los que siguen uno mismo. Como se ve en España, donde casi todos los Médicos son Galénicos, y rarísima vez convienen en la curación

³⁷⁵ Quérillacq, R. *Ibíd.*; p. 64.

³⁷⁶ Bueno Martínez, G. “Sobre el concepto de ensayo”. En: *El Padre Feijoo y su siglo*. Universidad de Oviedo, 28 de Septiembre a 5 de Octubre de 1964; Tomo 1, pp. 89-112.

³⁷⁷ Feijoo, B. *Teatro crítico universal*. Madrid: Castalia, 1986. Edición, introducción y notas de G. Stiffoni; p. 26.

dos, o tres, si los consultan separados; de donde se puede inferir, que en la conformidad que muestran después de la concurrencia, no influye tanto el dictamen, como la política.”³⁷⁸

Si el propósito era estimular el debate, el éxito fue total: en un año y medio, entre septiembre de 1726 y abril de 1728, aparecieron unas cuarenta obras relativas a las opiniones de Feijoo sobre la medicina.³⁷⁹ Sin entrar en detalles, señalemos que las puntualizaciones del benedictino sobre la imagen de los galenos han adquirido hoy un renovado interés tras perder los facultativos su tradicional posición privilegiada.³⁸⁰

Dando un salto en el tiempo, encontramos a un escritor apasionado por la medicina: Benito Pérez Galdós (1843-1920) no solo incluyó en sus relatos descripciones clínicamente modélicas³⁸¹ sino que reconocía su admiración por la profesión médica con un optimismo que hoy no puede dejar de conmovernos:

“Envidia a los que poseen la ciencia hipocrática, que considero llave del mundo moral; por eso vivo en continua *flirtation* con la Medicina, incapaz de ser verdadero novio suyo, pues para esto son necesarios muchos perendengues; pero la miro de continuo con ojos muy tiernos, porque tengo la certidumbre de que si lográramos conquistarla y nos revelara el secreto de los temperamentos y de los desórdenes funcionales, no sería tan misterioso y enrevesado para nosotros el diagnóstico de las pasiones”.³⁸²

El aprecio de Galdós por la medicina era coherente con la ideología del novelista canario, adepto del naturalismo decimonónico, liberal y anticlerical, teñido de humanitarismo y fe en un utópico perfeccionamiento sin límites de la naturaleza humana. Esta actitud se veía materializada en la figura del médico:

³⁷⁸ Feijoo, Benito Jerónimo *Teatro crítico universal*, Tomo Primero (1726). Texto tomado de la edición de Madrid 1778 (por D. Joaquín Ibarra, a costa de la Real Compañía de Impresores y Libreros), tomo primero (*nueva impresión, en la cual van puestas las adiciones del Suplemento en sus lugares*; p. 117. (Disponible en www.filosofia.org).

³⁷⁹ De Olaso, E. “El ‘Scepticismo filosófico’ de Feijoo y la medicina. Nuevas indagaciones sobre la tipología del escepticismo moderno”. *Asclepio*, 1976, 28: 291-299.

³⁸⁰ Dirckx, JH. “Feijóo on the limitations of medical science”. *Am J Dermatopathol* 1986; 8(5): 440-444.

³⁸¹ Ullman, JC; Allison, GH. “Galdós as psychiatrist in *Fortunata y Jacinta*.” *Anales Galdosianos* 1974: 9:7-36. Álvaro, LC; Martín de Burgo, A: “Trastornos neurológicos en la obra narrativa de Benito Pérez Galdós”. *Neurología* 2007;22(5): 292-300.

³⁸² Citado por Granjel, LS en “El médico galdosiano”. *Asclepio* 1954, Vol. 6, 163-176, p. 166.

“Sabida es la enorme presencia de los médicos en la vida y obra de Galdós y sabido también el prestigio de la clase médica en sociedad española del siglo XIX. El doctor Marañón no puede dejar de referirse a ello como observador y como parte y en su magistral esbozo biográfico de 1936 sobre el escritor ha de referirse al hecho social del prestigio de los galenos en la mente de los liberales del siglo positivista. Respecto al hogar de los Galdós –que Marañón conocería desde muy joven, por la amistad de su padre con don Benito y su círculo- ‘siempre hubo en aquella casa un médico que tenía mágica autoridad’.”³⁸³

No podemos estar seguros de que los escritores que han opinado sobre los médicos estuviesen expresando el sentir general de su coetáneos o simplemente aportando su punto de vista personal. En cualquier caso, salta a la vista que de igual forma que la ideología religiosa del Barroco se expresa en los textos de Quevedo, lo hace también la de una Ilustración incipiente en los *Discursos* de Feijoo o el positivismo decimonónico en la narrativa de Pérez Galdós. ¿Qué expresará Savater cuando habla de los médicos?

Todo lo que ha escrito nuestro autor relacionado con la medicina deriva de una idea central: negativa a cualquier imposición doctrinal, ya sea teológica o científicista. Como vimos, rechaza el tratamiento de los pacientes psiquiátricos en contra de su voluntad así como la prohibición del tráfico y consumo de estupefacientes. Según expondremos más adelante, apoya con matices la despenalización del aborto y recela de las técnicas de reproducción asistida. La totalidad de sus argumentos sobre estos asuntos pretenden sustentar este modo de pensar o derivan de él.

Y como los ejecutores, podríamos decir los cómplices necesarios, del “Estado Clínico”³⁸⁴ de Savater, son los médicos, no duda en arremeter contra ellos. Así encontramos abundantes comparaciones poco gratas para los profesionales de la

³⁸³ Ortiz-Armengol, P. *Vida de Galdós*. Barcelona: Crítica, 1995, p. 490.

³⁸⁴ Savater, F. “El Estado Clínico”. En: *Humanismo impenitente*. Barcelona: Anagrama, 1990; pp. 127-146.

medicina, siempre que actúen *sin que sea requerida* su ayuda, tal como advierte en varias ocasiones:

“Los ejemplos más notables de áreas en las que la asistencia médica no solicitada se ejerce con legitimaciones muy dudosas son sin duda las de la enfermedad mental y la droga”³⁸⁵

“Por supuesto, cualquier individuo ilustrado, es decir, cualquier hedonista inteligente, está de acuerdo en que haya un control sanitario de los alimentos o del medio ambiente. [...] Pero no puede estar de acuerdo en que el monopolio de las sustancias químicas que pueden influir o modificar los procesos del organismo esté en manos de una determinada casta rodeada de culto semimágico y dirigida por prejuicios nacidos de una alianza entre Torquemada, Stajanov y Henry Ford.”³⁸⁶

Refiriéndose al papel de los médicos en las decisiones relativas al principio y final de la vida, Savater sostiene que la legalización del aborto reduce los perjuicios derivados de su práctica clandestina (razonando de igual modo que cuando defiende la legalización del tráfico de estupefacientes) a la vez que critica otras actitudes. En este contexto, por una vez, y aunque sea con ironía, defiende indirectamente a la medicina:

“...lamentable que los anticonceptivos sean pecado, el onanismo un vicio y que el desarrollo de la impía medicina haya reducido la mortalidad infantil, sabia y piadosa medida de regulación de la natalidad dispuesta por la providencia en su infinita misericordia.”³⁸⁷

Esta forma de pensar, expresada con idéntico tono, reaparece años después en un elogio anticlerical a la Ilustración :

³⁸⁵ Savater, F. “Paradojas éticas de la salud”. En: *El contenido de la felicidad*. Madrid: El País/Aguilar, 1986; pp. 141-161.

³⁸⁶ Savater, F. “La medicina: ¿ayuda o coacción?”. En: *A decir verdad*. Madrid: Fondo de Cultura Económica, 1987; pp. 142-147.

³⁸⁷ Savater, F. “Algunas falacias clericales sobre el aborto”. En: *Las razones del antimilitarismo y otras razones*. Barcelona: Anagrama, 1984; pp. 191-196.

“Voces piadosas nos aseguran que el drama actual se debe a la modernidad ilustrada y su insensato orgullo racionalista. Sin duda la Ilustración tiene su parte de culpa: los avances médicos aseguran la vida de la parturienta y su retoño que antaño la sabia naturaleza habría suprimido de un plumazo, se alarga la duración activa y fértil de la existencia, por tanto, se aumenta el número de vecinos del planeta.”³⁸⁸

No obstante, lo habitual es que critique simultáneamente a la profesión médica y a los sacerdotes, a los que considera aliados, en la asistencia durante el nacimiento y la muerte:

“Sotanas y batas blancas evolucionan con profesional presteza allí donde predomina la inconsciencia, cuando no el terror animal, y en tales casos todo suele resumirse con este parte de guerra: ‘es ley de vida’. La ley de vida, sea de origen divino o puramente material, ayuda a quienes ante todo pretenden *hacerse cargo* de los otros, por los más elevados fines, desde luego, pero contando lo menos posible con sus preferencias manifiestas o incluso con el hecho mismo de que sean capaces de manifestar preferencias”.³⁸⁹

“Sin embargo, hay también en el planteamiento del asunto una flagrante hipermedicalización: la muerte (como el sexo, según veíamos antes) pasa de ser territorio administrado por el clero a colonia de la medicina. ¿Por qué hablar de eutanasia y no sencillamente de suicidio? ¿Por qué reducir las causas lícitas de autosupresión a las derivadas de enfermedades irreversibles? ¿Es que uno no puede saber si su propia vida merece o no la pena hasta recibir el correspondiente certificado médico de inutilidad total? ¿Por qué han de ser los médicos los únicos autorizados a ayudar a la persona en ese trance?”³⁹⁰

“La más notable de las varias coincidencias entre las iglesias tradicionales y el confesionalismo médico hoy en boga es la vocación

³⁸⁸ Savater, F. “Nacer”. En: *Diccionario filosófico*. Barcelona: Planeta, 1995; pp. 243-255.

³⁸⁹ Savater, F. “Paradojas éticas de la salud”; p. 146.

³⁹⁰ Savater, F. “¿Qué me pasa, doctor?”. *El País*, 29-11-91.

compartida de manipular ideológicamente la génesis del individuo humano y sus postrimerías.”³⁹¹

Y también en lo relativo a la sexualidad,

“A diferencia de los teólogos -quienes no desdeñaron ocuparse hasta del sexo de los ángeles- y de los médicos, los filósofos parece que hemos tenido poco que decir sobre algo cuya presencia en la vida humana no es menos avasalladora que la del poder político o la ciencia, temas éstos ampliamente considerados por la filosofía.”³⁹²

o en el control de las sustancias estupefacientes:

“Los médicos colaboran con estos planteamientos restrictivos aportando datos científicos sobre los daños que a la larga puede acarrear el afán desordenado de placeres.”³⁹³

“Más directa, en cambio, me parece su responsabilidad en el secuestro de sustancias paliativas del dolor, que hoy, con la histeria persecutoria contra las drogas, se reservan exclusivamente para casos terminales..., y con mil prevenciones puritanas.”²²

En cuanto a la intervención facultativa en las drogadicciones, afirma:

“Pero, desde el punto de vista que nos ha ocupado a lo largo de este trabajo, lo más significativo es el papel que desempeña el médico en la invención de la droga –como reverso diabólico de la medicina– y en la de su correspondiente usuario, el drogadicto.”³⁹⁴

Tampoco los tratamientos farmacológicos prescritos por facultativos escapan a su crítica:

³⁹¹ Savater, F. “Problemas clónicos”. *El País*, 12-12-93.

³⁹² Savater, F. “La filosofía se desabrocha”. *El País*, 13-09-86.

³⁹³ Savater, F., “Paradojas éticas de la salud”; p. 151.

³⁹⁴ Savater, F. “Paradojas éticas de la salud”; pp. 159-160.

“Como verán ustedes, he evitado hablar de las drogas que se toman por razones médicas y sólo menciono las que se toman *por gusto*, para disfrutar más o mejor. Claro que muchas veces nuestro gusto está en la manía de curarnos o regenerarnos... pero dejémoslo así.”³⁹⁵

Opina también que los conocimientos médicos son utilizados por el Estado con fines coactivos:

“Tan totalitario es el intento de imponer desde arriba un tipo de salvación religiosa como lo es imponer un modelo de salud pública, aunque hoy ya no creamos en los controvertibles dogmas teológicos y se hallen en cambio más asentados los no menos controvertibles dogmas médicos.”³⁹⁶

En resumen, nuestro autor identifica reiteradamente a los médicos con una nueva forma de represión totalitaria:

“En el Estado Clínico los médicos se ven constreñidos a convertirse en sacerdotes y aun inquisidores de la salud, apoyando a los políticos que la instituyen en obligación pública por ellos definida. Se trata de una nueva versión de la antigua alianza entre el Trono y el Altar, ahora entre el Despacho y la Camilla.”³⁹⁷

“El Santo Oficio funciona hoy con un revestimiento clínico. Vivimos en un estado clínico preocupado fundamentalmente de que los hombres tengan la salud que deben tener, que funcionen como se supone que deben hacerlo. [...] El tipo de inquisición que hoy día no se haría nunca por vía de la religión se hace mediante la medicina y con aprobación de todo el mundo”³⁹⁸

³⁹⁵ Savater, F. “La invención del drogadicto”. En: *Instrucciones para olvidar el “Quijote”*. Madrid: Taurus, 1985; p. 143.

³⁹⁶ Savater, F., “El Estado Clínico”, p. 131.

³⁹⁷ Savater, F. *Ibíd.*, p. 145.

³⁹⁸ Savater, F. “Enfermos de salud”. En: Madrid: Creaciones Elba, 1991; pp. 12-13.

“Hoy nuestra ignorancia y nuestros miedos están mucho más relacionados con la clínica que con la religión.”³⁹⁹

El filósofo vasco pretende que los médicos desempeñen una función muy diferente a la que, según él, vienen realizando: la de colaboradores en el disfrute de la vida como “experimento” a la que tan a menudo alude:

“También es de indudable interés público que haya instituciones médicas o la suficiente flexibilidad social como para que quien quiera desengancharse (de la droga, del terrorismo o de un fastidioso matrimonio) pueda disfrutar de esa posibilidad renovadora.”⁴⁰⁰

“Hoy, el disolvente universal para la culpa es la ciencia. Por eso la medicina es una institución social tan importante. Durante milenios, los hombres y las mujeres rehuyeron la responsabilidad teologizando la moral. Hoy la rehuyen medicalizando la moral. [...] La medicina no es una instancia de reforma moral, ni mucho menos de represión policial: nadie debería ser jamás medicado contra su voluntad y todo el mundo debería tener derecho a automedicarse del modo que prefiriera.”⁴⁰¹

Savater considera a la automedicación como un derecho conculcado precisamente por quienes deberían defenderlo:

“La gran cuestión actual respecto a la medicalización forzosa de la vida es el derecho a la automedicación, que debería ser añadido a los restantes derechos humanos y con carácter de urgencia. El derecho a la automedicación incluye el libre acceso a todos los productos químicos y la libre invención por parte de cada cual de una salud –es decir, un buen estado de ánimo y cuerpo– a

³⁹⁹ Savater, F. *Ibíd.*, p. 27.

⁴⁰⁰ Savater, F. “La incurable adicción a la droga”. En: *Instrucciones para olvidar el “Quijote”*. Madrid: Taurus, 1985 (1ª Ed.); p. 148.

⁴⁰¹ Savater, F. “El año Szasz”. En: *Perdonadme ortodoxos*. Madrid: Alianza Editorial, 1986;; pp. 180-181.

su medida, no a gusto de las meras exigencias productivista del cuerpo máquina.”⁴⁰²

“Los médicos deben ser los primeros interesados en la defensa del derecho a la automedicación, gracias al cual su ejercicio profesional adquirirá la dignidad de la ayuda libremente elegida y no se prestará a ser coacción inquisitorialmente impuesta. Por supuesto, la automedicación abarca aspectos muy distintos –entre ellos, la opción por una muerte que sea coronación o remate de la vida activa y no desenlace de la prolongación mecánica de las funciones vegetativas–, pero la cuestión de las llamadas drogas es hoy tristemente central.”⁴⁰³

“La automedicación, ahora ya sin bromas, es un derecho elemental. Me parece muy bien que haya expertos a los que acudir en busca de consejo cuando se desea. Poder tomar cosas porque a uno mismo le parece que le van a sentar bien es un derecho fundamental. Por ello, restringir este derecho a la automedicación, convertirlo en un vicio o en un delito es una muestra más de la esclavitud en que vivimos y que aceptamos con normalidad.”⁴⁰⁴

Cuando desmiente la imagen tópica del drogadicto y alude al consumo generalizado de estupefacientes denuncia una actitud hipócrita que, según él, es encabezada por los profesionales de la medicina:

“He conocido heroinómanos (casi todos ellos relacionados de un modo u otro con la profesión médica y por tanto con más fácil y seguro acceso al producto) que han practicado su rutina durante veinte y hasta treinta años, toda su vida”.⁴⁰⁵

Incluso cuando elogia los cuidados maternos de las enfermeras, no puede dejar de expresar una velada crítica hacia los médicos:

⁴⁰² Savater, F., “Paradojas éticas de la salud”, p. 160.

⁴⁰³ Savater, F., “La medicina: ¿ayuda o coacción?”, p. 145.

⁴⁰⁴ Savater, F. “Enfermos de salud”, p. 22.

⁴⁰⁵ Savater, F. “El Estado Clínico”, p. 137.

“El médico interviene para curar, aparece y desaparece con algo de superioridad taumatúrgica sobre el paciente: pero la enfermera sigue a mano hora tras hora, lidiando las quejas, aliviando con una sábana limpia o una almohada fresca el lento arrastrarse de la *duración* del dolor, lo que más nos escandaliza. El acierto del médico nos puede salvar la vida, pero el humanismo de la enfermera nos conserva lo dignamente humano de nuestra vida durante los padecimientos: nos ayuda a ser compatibles con nuestro dolor. Ambas cosas son vitalmente importantes.”⁴⁰⁶

Desde 1995 Savater no vuelve a referirse a los médicos hasta 2002, cuando lo hace para defender y elogiar a la profesión médica ante el creciente número de agresiones por parte de los usuarios de la sanidad pública. Este cambio de actitud de nuestro autor hacia los galenos carece de precedentes y posee un enorme valor por lo que significa de evolución en el pensamiento de Savater. No es de extrañar que este artículo, tan singular en la bibliografía de nuestro autor, llamase la atención y fuese premiado por una fundación de la industria farmacéutica (II Premio a la Opinión Sanitaria “Reflexiones 2002” de la Fundación AstraZeneca, 30 de Septiembre de 2003).⁴⁰⁷

En dicho artículo, a raíz de la agresiones verbales y físicas sufridas por profesores y sanitarios en su trabajo, Savater señala que se ha pasado de un extremo al opuesto, a saber, del tradicional y desmedido respeto a la actual violencia en los servicios sanitarios públicos:

“Por lo demás, los casos de hostigamiento a médicos y enfermeras en los hospitales, así como a maestros y profesores, comparten ciertos rasgos comunes. Para empezar, afecta a empleos que hasta hace muy poco estaban rodeados de una autoridad incuestionable, diríamos que hasta excesiva. Funcionaban envueltos en un paternalismo poco amigo de dar explicaciones, contra cuyas decisiones existían escasas formas de apelación. Ahora, sin duda, ya no es así y los pacientes –tanto clínicos como educativos, así como sus familiares– tienen

⁴⁰⁶ Savater, F. “Las enfermeras... y aquella fragancia.” *El País Semanal*, 24-9-1995.

⁴⁰⁷ Savater, F. “Beneficiarios precoces”. *El País*, 14-11-02.

vías más o menos expeditas para reclamar contra arbitrariedades y negligencias, de lo cual son la mayoría de los profesionales sanitarios o docentes sensatos los primeros en congratularse. Pero no deja de ser paradójico que según se facilitan los modos de reclamación civilizada, aumenten los casos de protesta incivil y ofensiva. En segundo y muy destacado lugar, casi siempre estas manifestaciones desaforadas ocurren en establecimientos de asistencia *pública*: los centros sanitarios y docentes privados, allí donde la atención se consigue mediante pago, escapan por lo común a estas desagradables controversias... aunque ciertamente se dan en ellos también sucesos similares a los que en el contexto público despiertan tan feroces sublevaciones. Se diría que la relación comercial entre el usuario del servicio y quien realiza la prestación actúa como un amortiguador para paliar la disconformidad iracunda.”

Nuestro autor no solo no ataca a los médicos, como es su costumbre, sino que pide que se aumente la inversión en sanidad:

“Sin embargo, aun aceptando que muchas de ellas pueden y deben ser subsanadas (lo que desde luego será imposible si la inversión presupuestaria en tales campos disminuye en lugar de aumentar como corresponde al crecimiento de la demanda) continúa en pie que los usuarios, además de ser aleccionados en cómo reivindicar sus derechos cuando padecen abusos o negligencias, deben también conocer las obligaciones que corresponden a beneficiarse de servicios públicos de alcance universal, quizá el avance civilizatorio más indudable de los últimos ciento cincuenta años.”

Termina Savater este texto excepcional considerando a los profesionales de la sanidad pública como modelos a imitar:

“Porque en esta sociedad del falso relumbrón que glorifica el éxito fácil va siendo urgente cambiar de héroes cotidianos. Y proponer nuevos modelos más complejos y necesarios a la consideración social, no para que se los veneren ciegamente, sino sencillamente para que se los respete como es debido.”

No obstante, en el prólogo de un libro sobre enfermos terminales, Savater ya parecía haberse dado cuenta de los médicos quizá no sean los secuaces del Estado opresor que tantas veces ha descrito:

“Pocas veces como leyendo este libro se da uno cuenta de que el médico consciente de su responsabilidad debe intentar prestar ayuda ante un problema que es juntamente científico, social y metafísico.”⁴⁰⁸

Una lectura superficial de las alusiones de Savater a la profesión médica podrían hacer pensar que nuestro autor ataca a los médicos de forma sistemática, al estilo de Quevedo pero aportando argumentos, aunque su crítica se adentre a veces en el sarcasmo (“...casta rodeada de culto semimágico y dirigida por prejuicios nacidos de una alianza entre Torquemada, Stajanov y Henry Ford”). En honor a la verdad, como veremos en los siguientes apartados, razones no faltan para compartir con Savater la crítica que Thomas Szaz expone en su *Teología de la medicina*, la cual puede resumirse así:

“La sanidad amplía su perímetro hasta acaparar para si todo tipo de sufrimiento. Realmente, el ámbito de la sanidad y la medicina crece tanto que acaba siendo superponible al ámbito de la vida humana entera. El médico se convierte así en el hombre que dictamina entre lo normal y lo anormal o patológico, entre lo bueno y lo malo, entre lo permitido y lo prohibido, del mismo modo que en el antiguo Egipto o en la antigua Mesopotamia lo hacía el sacerdote. El médico ha usurpado el papel clásico del sacerdote y la medicina se ha convertido en la nueva teología.”⁴⁰⁹

Sin embargo, nuestro autor, como hombre razonable que es, nada tiene en contra de los médicos siempre y cuando se *solicite* su ayuda. Sus ataques a los galenos no son más que la expresión de su rechazo frontal –llevado a veces a la exageración– de cualquier intento de legitimar una intervención sobre el cuerpo o la mente del prójimo no deseada por éste.

⁴⁰⁸ Savater, F. “Cuidar al prójimo: compasión con pasión” (Prólogo). En: Clavé, E. *Ante el dolor: reflexiones para afrontar la enfermedad y la muerte*. Madrid: Temas de Hoy, 2000; p. 13.

⁴⁰⁹ Gracia, D. *Fundamentos de bioética*. Madrid: Triacastela, 2007; 271.

Pero también resulta imprescindible contextualizar los ensayos en los que Savater se ha ocupado de la enfermedad, la medicina y los médicos. En primer lugar, constituyen una fracción relativamente pequeña de su producción y el grueso de ellos se concentra en el período 1984-1995. Algunos de estos ensayos fueron parcial o totalmente publicados como artículos en *El País*, diario en el que Savater colabora desde su fundación. Es ocioso señalar la afinidad de este rotativo con el Partido Socialista Obrero Español, en el gobierno de la nación entre 1982 y 1996. Por lo tanto, las alusiones de Savater a los médicos se produjeron precisamente en un período en que la consideración social de los facultativos no atravesaba sus mejores momentos. La actitud entonces predominante queda de manifiesto en las siguientes frases del ya citado Fernando Álvarez-Uría pronunciadas durante la lección inaugural del XVI Congreso Nacional de la Asociación Española de Neuropsiquiatría impartida el 16 de Noviembre de 1983:

“Situados entre las clases bajas y los más elevados depositarios de las verdades divinas –perennemente válidas- los médicos, en tanto que nuevos profesionales pertenecientes en general a la capa intermedia de la clase media, no han cesado de incrementar su poder social en estrecha relación con el proceso de consolidación de la burguesía. [...] No es una casualidad que en los momentos actuales, cuando al menos de forma programática parecen triunfar los proyectos de cambio, una nutrida representación del cuerpo médico desentierre el hacha de guerra contra un tímido Partido Socialista en el poder que promueve más tímidas reformas. En numerosos Colegios Provinciales de Médicos los candidatos elegidos como presidentes defendían en sus campañas las posturas más conservadoras y corporativistas. Y ello ha ocurrido así por que una parte importante de estos profesionales han percibido perfectamente que el cambio social en una perspectiva socialista podría poner en peligro privilegios corporativos conquistado en el pasado.”⁴¹⁰

Nada más lejos de nuestra intención que adoptar posturas corporativistas o cultivar el victimismo, y no queremos dejar de señalar que fue precisamente un

⁴¹⁰ Álvarez-Uría, F. “Salud sin límites. Datos para una sociología del proceso de medicalización.” *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría* 1984; 4 (9): 4-17; p. 7.

gobierno del PSOE el que puso en marcha en 1984 el indudable avance⁴¹¹ que para médicos y pacientes supone la Atención Primaria de Salud y el que promulgó en 1986 la muy necesaria Ley General de Sanidad, en la que se enumeran catorce derechos frente a cuatro obligaciones para los pacientes.⁴¹² No obstante, aunque las condiciones de trabajo de los médicos del primer nivel asistencial mejoraron indiscutiblemente, hubo que pagar un precio. Y ese peaje no aparece en los tratados de Atención Primaria ni en las publicaciones de SEMFYC, sino en una obra de ficción, contemporánea también de los escritos de Savater que estamos analizando:

“En la tertulia de los domingos, en el único café superviviente del barrio antiguo, a la que concurren varios doctores, he oído comentar que el más reciente descubrimiento de la medicina social es el médico de familia, aquel médico, hoy olvidado, que lo mismo se sentaba un rato de cháchara con el enfermo que le ponía una cataplasma o le trataba unas paratíficas. Esta figura es la que se pretende resucitar ahora con objeto de establecer un tamiz al ingreso en residencias y hospitales, hoy abarrotados. Y ¿sabe usted lo que cuesta diariamente una cama de hospital en nuestra ciudad? ¡Diez mil pesetas! Imagine usted las cosas que pueden hacerse con diez mil pesetas.

En las afueras del pueblecito donde nací, en la comarca de Villarcayo, adquirí hace tiempo una vieja casa de piedra de dos plantas donde he pasado siempre las vacaciones y, ahora, ya retirado, proyecto refugiarme parte del año. Pues bien, en la titular de ese término, como en tantas otras, el médico ha quedado relegado a la condición de expendedor de volantes para la Residencia de la capital. Como es lógico, el doctor se siente disminuido pero no se atreve a nadar contra corriente y arrogarse una responsabilidad que nadie le reclama. Si dispone de una ambulancia, ¿para qué correr el riesgo de que el enfermo se agrave y se le muera entre las manos? ¿Qué explicación podría dar, en este caso, a la familia del difunto? La actual organización de la medicina social en nuestro

⁴¹¹ Pese a los más de veinte años transcurridos, sigue existiendo una notable falta de estudios sobre los resultados de la reforma del primer nivel asistencial. A este respecto, véase de Lorenzo-Cáceres Ascanio, A; Otero Puime, A “Publicaciones sobre evaluación de la atención primaria en España tras veinte años de reforma (1984-2004)”. *Rev Esp Salud Pública* 2007; 81: 131-145; p. 140.

⁴¹² Ley 14/1986 General de Sanidad, de 25 de Abril de 1986 (BOE N° 101 de 29 de Abril de 1986), Título I, Capítulo Primero, Artículos 10 y 11.

país es mala por varias razones pero fundamentalmente por una: al médico se le priva del derecho de curar.

Yo recuerdo antiguamente, en mi pueblo, a mi difunto tío Fermín Baruque, ¡qué ductilidad! Aquel hombre hacía de todo, atendía partos, remendaba cabezas descalabradas, aplicaba sanguijuelas... cierto que su responsabilidad era muy crecida pero compensada por la posibilidad de devolver la salud, el sentirse médico en toda la extensión de la palabra. Y había que verle, que le estoy hablando de cuando yo era chiquito, y el tío Baruque como un dios omnipotente, recorría el término en su caballo alazán, nevase o apedrease. Ésta es, según rumores, la gran revolución que se cuece ahora en Madrid para resolver los problemas de la Seguridad Social: inventar a mi tío Fermín Baruque.”⁴¹³

Los textos de Savater dejan traslucir una actitud hacia la profesión médica que, al margen de apreciaciones personales del autor, se corresponde con un momento histórico crítico en que los facultativos perdían a marchas forzadas su antigua posición social. En el período de tiempo en que se publicaron la mayoría de los artículos y ensayos que hemos analizado, los galenos habían dejado de ser los depositarios de una confianza ilimitada y una autoridad omnímoda para situarse al servicio del paciente. Tal como afirma el profesor Diego Gracia, “Puede afirmarse que, en el último tercio del siglo veinte, la forma de relacionarse los médicos y los enfermos cambió más que en los veinticinco siglos anteriores.”⁴¹⁴ La Transición política en España trajo también este cambio, que el profesor Lázaro Carreter describió como sigue:

“Sin embargo, por entonces, las condiciones de la vida y las del trabajo médico habían empezado a experimentar un gran cambio; desaparecía la estrecha relación entre el enfermo y aquel atento señor que iba a su casa a visitarlo y lo confortaba con su inapreciable presencia, le tomaba el pulso reloj en mano, lo exhortaba a ponerse bueno, y le ordenaba continuar en la cama. Por los años setenta, la medicina hospitalaria, impulsada por el Estado, iba dando

⁴¹³ Delibes, M. *Cartas de un sexagenario voluptuoso*. Madrid: Club Internacional del Libro, 1997: pp. 23-24. Primera edición aparecida en 1983.

⁴¹⁴ Gracia, D.; Lázaro, J. “La relación médico-enfermo a través de la historia”. *An. Sist. Sanit. Navar.* 2006; 29 (Supl. 3): 7-17.

mejor servicio clínico y rompiendo o atenuando aquella relación. El doctor Segovia Arana decía en 1980 que los españoles habían pasado del *médico de cabecera* (término que está en el Diccionario de Autoridades en 1780: ‘el que asiste especialmente al enfermo’) al *hospital de cabecera*. Ello obligaba al primero a perder su nombre, pero sus funciones esenciales no debían desaparecer. Por lo cual, en 1980 Rovira Tarazona, ministro de Sanidad, se propone reconstruir la comunicación directa, confiada y continuada entre el médico y el paciente, o, visto de otro modo, se deseaba restaurar, pero con otro nombre, la ‘asistencia primaria o de primer nivel’. Para ello, decía el ministro, se estaba potenciando ‘la figura del *médico de familia*, que viene a ser el auténtico médico de cabecera, pero con los conocimientos más actuales de los avances médicos.’⁴¹⁵

Por lo tanto, y a modo de resumen, en la época en que Savater escribió los textos analizados se produjeron en España simultáneamente tres cambios sin precedentes en la asistencia sanitaria: por una parte, la pérdida de la tradicional consideración social del médico, por otra la aparición de la atención primaria de salud y, paralelamente, el auge del denominado hospitalocentrismo. Estos tres elementos configuran la moderna medicalización de nuestra sociedad.

3.5. La medicalización hoy: el protagonismo del mercado

La medicina moderna ha invadido parcelas sociales que hace tan solo un decenio le eran ajenas. Parecen surgir nuevas enfermedades y peligros para la salud por todas partes. La menopausia, la andropausia, la calvicie, el síndrome de las piernas inquietas, el dolor por la muerte de un ser querido, el niño problemático, la celulitis, la infelicidad, el bajo rendimiento laboral, la inapetencia sexual, todo se puede patologizar y tratar.

Las actividades básicas de la vida se medicalizan. El elemental acto de comer es una auténtica aventura y para adquirir los alimentos en el supermercado parece que pronto necesitaremos la ayuda de un bromatólogo. Tomemos el ejemplo de los

⁴¹⁵ Lázaro Carreter, F. *El nuevo dardo en la palabra*. Madrid: Alianza Editorial, 2005; pp.264-265.

productos lácteos. La leche puede ser entera, semidesnatada o desnatada. Aunque también puede tener o no añadidos calcio o vitamina D. Pero puede no ser de vaca, sino de soja. Incluso existen variedades de yogur que dicen reducir los niveles sanguíneos de colesterol ligado a lipoproteínas de baja densidad o mejorar el sistema inmunitario. Y todo ello supuestamente en aras de la prevención cardiovascular, la osteoporosis, el tránsito intestinal o la resistencia a las infecciones.

Escuchar las emisoras de radio comerciales permite conocer el repertorio de los males de la civilización moderna, naturalmente descritos siempre junto con sus correspondientes remedios. Además de los más tradicionales para la pérdida de apetito o la obesidad, el estreñimiento o la calvicie, escuchamos ponderar las virtudes de todo tipo de productos para la memoria, la fatiga visual, la impotencia, la insuficiencia venosa periférica y hasta el desarrollo muscular *sin* ejercicio. No es necesario ser médico para que esta inacabable retahíla de recomendaciones mueva a risa o resulte patética. La colonización de la salud por el mercado parece no tener límites.

Lo mismo ocurre con la publicidad de cosméticos, en la que se pretende fundir los dominios de la estética y la medicina con fines eufemísticos al objeto de enmascarar la frivolidad de los productos cosméticos elevándolos a la categoría de productos sanitarios:

“Los textos publicitarios contienen términos técnicos y pseudotécnicos, pertenecientes al lenguaje científico-médico y sanitario, como *colágeno*, *epidermis*, *lípidos*, *phytoenergía*, *nanoenergía*, *sensoenergía*, *phytolípidos*, *equilibrio hidrolípico*, *activos antioxidantes*, *radicales libres*, *glicación*, *fibras cutáneas*, *dermatitis acugénicas*, *cytofotoprotector*, *phytovityl*, *oligomineral*, *glándulas sudoríparas*, *proteínas vegetales alisantes*. En este contexto, estos términos no denotan un contenido referencial, sino que se explotan con fines persuasivos aprovechando su carga evocadora y connotativa asociada a la autoridad y objetividad científicas.”⁴¹⁶

⁴¹⁶ Díaz Rojo, J.A. “La belleza es salud. La medicalización lingüística de la publicidad de cosméticos.” *Contextos* 2001-2002; (XIX-XX/37-40): 109-121; p. 115.

Mediante el uso de términos científicos supuestamente neutros desde el punto de vista emocional, los publicitarios elaboran un mensaje cargado de intenciones. Se busca que el posible comprador reconozca los mensajes simplemente como positivos o negativos, a pesar de que no entienda lo que significan o quizá precisamente porque ignora su significado:

“Los términos científicos, que aparentemente reflejarían una visión objetiva y técnica de la salud, en realidad encubren [una] concepción subjetiva y emocional, al emplearse como meras etiquetas evocadoras, explotando más su sentido connotativo que estrictamente referencial.”⁴¹⁷

Vemos como han llegado a la calle términos que hace poco habrían sido tildados de tecnicismos rebuscados. Es dudoso que hoy alguien se sorprenda de escuchar o leer en la publicidad comercial expresiones tales como grasas saturadas, ácido linoléico, ácidos grasos omega-tres, ácido fólico, isoflavonas, antioxidantes o *Lactobacillus casei*. Ni siquiera el lenguaje cotidiano se libra de la contaminación de la terminología médica:

“Sabido es que, en cierta medida, la sanidad se está convirtiendo en objeto de consumo; ello es malo, pero peor es, a largo plazo, el que el pueblo, autor y en muchos aspectos garante y vigilante de la lisura de su mayor bien común –la lengua–, esté aceptando e incorporando neologismos médicos innecesarios. [...] Si alguien duda de ello le aconsejamos piense en el número de pacientes que le preguntan por su *analítica* o reclaman que se le haga otro test (término también aceptado por nuestra Academia, a nuestro juicio de forma equivocada y presurosa, y no solo por existir equivalentes españoles –prueba, examen–, sino por lo genital de su forma plural correctamente construida: testes). Algunos enfermos se preocupan por la *severidad de su cuadro*, en vez de por la gravedad de su enfermedad, mientras que otros ya empiezan a reclamar exploraciones más *agresivas* y tratamientos que permitan mejorías *dramáticas* (¡qué insensatez! Una recuperación puede ser sorprendente, espectacular, rápida o lenta, pero nunca dramática). La explicación del porqué de la aceptación por parte de la gente de términos que vienen «de arriba», de una elite que sabe más

⁴¹⁷ Díaz Rojo, J.A. “La belleza es salud.” *Ibíd.*, p. 117.

de un tema y, por ello, también debe saber teóricamente más de sus vocablos, es fácil.”⁴¹⁸

Por supuesto, las profesiones sanitarias contribuyen a esta medicalización explosiva. Curiosamente, a medida que mejoran las condiciones de vida de la población hasta cotas nunca conocidas, la preocupación por la salud es mayor que nunca. Esta situación ha llegado al extremo de alarmar a los propios salubristas, que empiezan a replantearse el camino que estaban siguiendo:

“Se da la curiosa paradoja de que siendo la actual esperanza de vida de la población en nuestros países mayor que en ninguna época anterior, la preocupación por la salud es también mayor que nunca. No podría ser de otra forma teniendo en cuenta la omnipresencia de la salud en revistas, en publicidad, en programas de televisión y radio. La salud vende. La salud es un filón. Son tantas y tan variadas las recomendaciones para intentar atajar tanto y tan variado peligro que acecha a nuestro vivir cotidiano, que intentar seguirlas todas sería volverse loco.”⁴¹⁹

La información que inunda los medios de comunicación es incluso avalada por organizaciones profesionales o apoyada en supuestos estudios científicos. Para mayor confusión del ciudadano, casi todo puede llegar a ser peligroso... y para todo parece tener remedio la todopoderosa medicina moderna. Incluso para lo que todavía no existe. Este es el caso de los factores de riesgo, que no son enfermedades, pero que pueden modificar la vida de aquellos a quienes se les han detectado. ¿Seguro que queremos tomar una medicación de por vida para reducir algún punto de porcentaje la *probabilidad* de padecer una enfermedad? Si preguntásemos a la gente si está dispuesta a tomar una medicación diaria con la que reducir en un 50% el riesgo de enfermedad coronaria la respuesta será muy probablemente afirmativa en la mayoría de los casos. Pero si añadimos el matiz de que esa medicación deberá tomarse durante 10 ó 20 años para conseguir bajar el riesgo de 2 / 1.000 a 1 / 2.000 seguramente no habrá tantos dispuestos a tomar el fármaco. Un ejemplo palmario lo constituye la muy discutible

⁴¹⁸ Locutura, J; Grijelmo, A. “Defensa apasionada del idioma español, también en medicina”. *Panace@* 2001; 2 (4): 51-55; pp. 52-53.

⁴¹⁹ Cámara Díez, E. “De la medicalización de la vida a los determinantes sociales de la salud”. *Jano* 2007; 1.672: 44-47; p. 45.

prevención primaria de la cardiopatía isquémica mediante el tratamiento de la hipercolesterolemia con estatinas.⁴²⁰ Es imposible atender a todos los frentes, prevenir todas las amenazas con que la medicina nos bombardea permanentemente por nuestro bien:

“La información sobre los factores de riesgo sigue sin entender el papel que desempeña el placer y el componente irracional del comportamiento de los seres humanos. Y el concepto de libertad, y lo que ella supone para muchas personas, al no ser fácilmente traducible a estadísticas, tampoco entra en la consideración de los investigadores que a menudo no comprenden cómo es posible que, pese a las intensas campañas de educación sanitaria, muchas personas insistan en los llamados comportamientos de riesgo”.⁴²¹

Estas afirmaciones, procedentes de un especialista en medicina preventiva, resultan sorprendentemente coherentes con la idea de Savater sobre la salud como construcción personal:

“La vida como experimento es la vida pensada desde lo irrepitable y lo insustituible, es decir, desde el sujeto individual, que a base de elementos recibidos, tradiciones asumidas o rechazadas, pactos con los demás o iniciativas propias va fraguando lo nunca visto: la vida de cualquiera de ustedes o la mía. En la vida como funcionamiento lo importante es añadir años a la vida; pero si se entiende como experimento, lo que cuenta es añadir vida a los años.”⁴²²

Vemos cómo la medicina ha colonizado campos tan cotidianos como la alimentación, la idea de lo que nos agrada o repele (es decir, la estética) y el lenguaje de la calle. Parece que ya no podía acercársenos más. Así que buscó otros países que conquistar y encontró un nuevo territorio, tan vasto como intangible: los contratiempos, sinsabores, amarguras o dramas que componen la vida. Los psiquiatras establecieron

⁴²⁰ Gérvás, J; Pérez Fernández, M. “Las hiperlipemias y la prevención primaria de la cardiopatía isquémica”. *Med Clin* (Barc) 1997; 109: 549-552.

⁴²¹ Cámara Díez, E. *Ibíd.*, p. 46.

⁴²² Savater, F. “El Estado Clínico.” *Humanismo impenitente*. Barcelona: Anagrama, 1990 (1ª Ed.); pp. 127-146; p. 132.

una cabeza de puente para invadir lo que antes se llamó alma, espíritu o conciencia, y su desembarco ha tenido un éxito inimaginable.

3.6. Una sociedad psiquiatrizada

Los profesionales de la salud mental pública vienen observando desde hace años un incremento incesante de ciertas demandas de la población que no se corresponden con los trastornos o enfermedades clásicas, a las que se puede dar una respuesta técnica dudosa. Estas derivaciones obedecen a demandas frecuentemente relacionadas con los avatares de la vida cotidiana (tristeza, rabia, frustración, odio, impotencia, soledad, etc.) surgidos en una situación vital estresante, desagradable o injusta como respuesta adaptativa y no patológica.

“Hasta ahora, la cultura había hecho tolerable este tipo de sufrimiento al integrarlo dentro de un sistema de significados colectivos y ha afrontado así el dolor, la anormalidad y la muerte, interpretándolos en gran parte con discursos ajenos a la mirada médica”.⁴²³

Cada vez se acepta menos el sufrimiento como parte de la vida y el dolor se interpreta como señal de la necesidad de una intervención médica. Viudas, divorciados y hasta semiadolescentes tras una disputa sentimental acuden al médico de atención primaria en busca de una ayuda imaginaria, pues cuando salgan de su situación de abatimiento lo harán por sus propios medios, aunque crean que les ayudaron las pastillas que les prescribió su doctor. Así de patéticamente lo expresa Jorge L. Tizón:

“Ahora que ya ‘los hombres lloran’, ahora tal vez no llora casi nadie. Ni hombres ni mujeres. Porque si lloras, si lloras varias veces al día durante meses, no es que estés triste, tal vez profunda y justificadamente triste. [...] Aunque haya muerto o hayas perdido a quien te consolaba o ayudaba ante esos conflictos y problemas, a quien te alegraba, solazaba, distraía, acompañaba, compartía el

⁴²³ De la Mata Ruiz, I; Ortiz Lobo, A. “La colonización psiquiátrica de la vida”. *Archipiélago. Cuadernos de crítica de la cultura* 2007; 76: 39-50; p. 40.

frío y el calor viscerales contigo, no debes manifestarlo mucho porque, entonces, no es que estés triste... Es que estás *deprimido*.”⁴²⁴

Así, de un total de 1.004 pacientes evaluados en un año, 244, es decir, el 24,4% (IC 95%: 21,6-27) no reunieron criterios para ser diagnosticados de trastorno mental según la CIE-10. No obstante, más de la mitad recibía psicofármacos pautados principalmente por el médico de cabecera y un 29,9% (IC 95%: 15,8-26) es remitido con carácter preferente.⁴²⁵ Las consecuencias del etiquetado como “ansiedad” o “depresión” de todo tipo de conflictos lleva a que el número de baja laborales con estos diagnósticos (a pesar del aumento en la prescripción de antidepresivos) lejos de disminuir, esté creciendo de manera espectacular, con un enorme coste para el sistema sanitario.⁴²⁶

Los médicos generales, a costa de perder credibilidad profesional, son utilizados socialmente como salvavidas ante toda suerte de vicisitudes personales, familiares y, especialmente, laborales. A veces, se llega al extremo de que los allegados de alguien con graves problemas laborales le sugieren que pida al médico de cabecera una “baja por depresión”. Dentro de esta desvergonzada manipulación callejera del diagnóstico psiquiátrico hay sitio para todo: desde el padre de familia amenazado por el expediente de regulación de empleo al holgazán descarado, pasando por el operario irresponsable y el asalariado víctima de los abusos empresariales. A diferencia de lo que vimos en la historia de la clorosis y la neurastenia, la enfermedad ya no es interpretada negativamente por la cultura o el contexto social, sino que adquiere un valor social positivo que nunca tuvo:

“En realidad, la posición valorativa social derivada de que la enfermedad está presente ubicuamente, la escala de valores que ello desarrolla y las consecuencias en la concepción social de la enfermedad y del sujeto enfermo se constituyen en uno de los mecanismos de identidad grupal más fuertes.”⁴²⁷

⁴²⁴ Tizón, J.L. “De los procesos de duelo y la medicalización de la vida”. *Jano* 2006; 1.618; p. 58.

⁴²⁵ Ortiz Lobo A; González González, R.; Rodríguez Salvanés, F. “La derivación a salud mental de pacientes sin un trastorno psíquico diagnosticable”. *Aten Primaria* 2006; 38(10): 563-9.

⁴²⁶ Ortiz Lobo, A.; Lozano Serrano, C. “El incremento de la prescripción de antidepresivos”. *Atención Primaria* 2005; 35(3): 152-5.

⁴²⁷ Baca Baldomero, E. “Los límites de la psiquiatría: entre la demanda de curación y la búsqueda de la felicidad.” En: *Hechos y valores en psiquiatría*. Madrid: Triacastela, 2003; 529-564. p.540.

Las raíces de esta situación debemos buscarlas en la idea de salud surgida en los países occidentales desde el final de la Segunda Guerra Mundial. El plan Beveridge puesto en marcha por el gobierno británico en 1942 sirvió de modelo a otros países para la organización de la salud después del conflicto bélico. La salud aparece como un bien social y colectivo, basado en la universalidad de la asistencia, la atención integral, la prevención y la promoción de la salud, de manera que la noción de enfermedad debe abandonar la visión individualizada y centrarse en conseguir la salud. En esta situación aparece la utópica definición de salud de la OMS de 1948 como un estado de bienestar físico, psíquico y social, y no como la mera ausencia de enfermedad. Sólo el Estado puede hacerse cargo de tamaña empresa, tal como lo expresó muy acertadamente Foucault:

“Con el Plan Beveridge, la salud se transforma en objeto de preocupación de los Estados, no básicamente para ellos mismos sino para los individuos, es decir, el derecho del hombre a mantener su cuerpo en buena salud se convierte en objeto de la propia acción del Estado. Por consiguiente, se invierten los términos: el concepto del individuo en buena salud para el Estado se sustituye por el del Estado para el individuo en buena salud. [...] El derecho a interrumpir el trabajo empieza a tomar cuerpo y es más importante que la antigua obligación de la limpieza que caracterizaba la relación moral de los individuos con su cuerpo”.⁴²⁸

Así, los planificadores de los sistemas sanitarios consideraban que había una cantidad limitada de patologías, de modo que el avance de la terapéutica las reduciría y con ellas los costes de la asistencia sanitaria. Por otra parte, desde el campo de la salud pública se pensaba que las políticas salubristas mejorarían las condiciones de vida y harían disminuir la morbilidad:

“Todo nos lleva a entender, por tanto, al salubrismo radical derivado de las definiciones y propuestas de la OMS a lo largo del siglo XX como la última expresión del pensamiento utópico romántico-revolucionario, y en consecuencia

⁴²⁸ Foucault, M. “La crisis de la medicina o la crisis de la antimedicina”. *Educ Med Salud* 1976; 10(2): 152-170; p. 153.

como un mecanismo generador de valores que, desprovistos o enmascarados de sus orígenes racionales, van a ir pasando por ósmosis al tejido social, impregnándolo.”⁴²⁹

La psiquiatría, que también conoció el nacimiento de la psicofarmacología con la introducción de la clorpromacina en 1952 por Delay y Deniker, se incorporó a estos planteamientos optimistas con el nuevo paradigma de la Salud Mental Comunitaria el cual, con diferentes particularidades y cronologías en los diferentes países, trata de alejarse del manicomio y se abre al conjunto de la comunidad. El enfermo y la enfermedad son buscados activamente, incluso antes de su existencia. Todos podemos ser usuarios, aunque quizá no pacientes, de los servicios públicos de salud mental.

Pero la psiquiatría también ha contribuido de otro modo a la medicalización de la sociedad, con una proliferación artificial e interesada de entidades nosológicas, como nos explica el psiquiatra Alberto Ortiz Lobo:

“Las clasificaciones psiquiátricas se realizan por consenso entre comités de expertos donde la influencia de distintos *lobbies* se puede rastrear sin problemas, entre ellos la industria farmacéutica. La consecuencia paradójica fue que, en lugar de limitar el objeto de atención, lo que se produjo es un aumento progresivo de las categorías diagnósticas de los trastornos mentales (se ha pasado de 106 en la clasificación DSM-I de 1952 a 357 en el DSM-IV de 1994) y un disminución del umbral diagnóstico que ha llevado en los últimos años a auténticas ‘epidemias’ de depresión, fobia social, trastorno por déficit de atención, trastorno por estrés postraumático, por poner algunos ejemplos.”⁴³⁰

Un ejemplo de la precariedad de las categorías diagnósticas psiquiátricas lo encontramos en la homosexualidad, que actualmente es interpretada como una variante de la normalidad y que en otros tiempos se consideró una enfermedad mental. Es necesario puntualizar que nos referimos a la homosexualidad egosintónica, es decir, la homosexualidad aceptada por los individuos en cuestión. La homosexualidad

⁴²⁹ Baca Baldomero, E. “Los límites de la psiquiatría...”, p. 551.

⁴³⁰ De la Mata Ruiz, I; Ortiz Lobo, A. “La colonización psiquiátrica de la vida”; p. 46.

egodistónica, la que supone una fuente continua de estrés, sigue siendo considerada como un trastorno mental en el DSM-III.⁴³¹

En cuanto a los grupos de presión, podemos afirmar sin exagerar que la industria farmacéutica es la gran protagonista y beneficiaria de esta psiquiatrización, para lo cual se sirve de una generalizada percepción de las propiedades de la psicofarmacología:

“Como consecuencia, querida o no, se ha generado y ampliado todo un comercio que se plantea alrededor de ‘lo sano’, dando una falsa imagen de posibilidades ilimitadas y promocionando la idea de que todo tiene remedio técnico. Lo que nadie parece haber pensado es que tales expectativas han abierto la caja de Pandora: cuando se promete hay que cumplir y precisamente los que pedirán (exigirán) con más fuerza dicho cumplimiento serán los que tienen menos razones para exigirlo. De ahí la cantidad de recursos que se destinan a estos ‘no pacientes exigentes’ en detrimento generalmente de los pacientes con necesidades constatables (necesidades ‘clásicas’) que, paradójicamente, exigen mucho menos.”.⁴³²

Quizá la profunda medicalización de la sociedad moderna está poniendo en peligro no solo la viabilidad de los sistemas sanitarios públicos, sino también la atención apropiada precisamente de quienes más lo necesitan.

En resumen, cabe la posibilidad de que el resultado de este proceso, por ahora incontenible, sea precisamente lo contrario de lo esperado por los planificadores y salubristas hace seis decenios, cuando confiaban en reducir la carga de morbilidad de modo que la necesidad de recursos sanitarios disminuyese y se estabilizara tras un período inicial de gasto elevado. Es decir, hemos evolucionado a una situación en la que, cuanto mayor es la oferta de salud, más parecen crecer las necesidades al respecto. Está demostrado que cuanto más gasta una sociedad en asistencia sanitaria, mayor es la probabilidad de que sus habitantes se consideren enfermos.⁴³³

⁴³¹ Wulff, H.R.; Pedersen, S.A.; Rosenberg, R. “Introducción a la filosofía de la medicina”. Madrid: Triacastela, 2002; p. 152.

⁴³² Baca Baldomero, E. “Los límites de la psiquiatría...”, p. 564.

⁴³³ Sen, A. “Health: perception versus observation.” *BMJ* 2002; 324: 860-861.

Savater considera muy acertadamente que conceptualizar como enfermedades a una serie de comportamientos antes no considerados patológicos es una forma de eludir la responsabilidad individual, perdiendo la libertad a cambio de las ventajas que el Estado ofrece. Esta forma de proceder, añadimos nosotros, llevada al extremo, podría desembocar en graves perjuicios para los verdaderos enfermos e incluso amenazar la propia viabilidad del estado de bienestar:

“Y este es un problema que, aunque no se quiera ver (tampoco es ‘políticamente correcto’), acabará imponiendo la adopción de medidas si el sistema quiere mantener su viabilidad (económica y de gestión).”⁴³⁴

No es difícil localizar el origen de la psiquiatrización de la vida cotidiana si identificamos a los beneficiarios del actual uso masivo de la psicofarmacología. Podemos afirmar que se encuentra en la industria farmacéutica, y que los demás elementos que participan de un modo u otro en la prescripción tiene cada vez menos influencia en el tratamiento psiquiátrico, tal como demuestra Ortiz Lobo.⁴³⁵ Según este psiquiatra, una de las muchas y desfavorables repercusiones del enorme peso de la industria farmacéutica en todos los ámbitos de la psiquiatría es, coincidiendo con la idea de Savater, la ampliación interesada de los límites de la enfermedad mental:

“Esta estrategia se sustenta en la influencia sobre el discurso médico y social para poder crear ‘epidemias’ de enfermedades ya conocidas a expensas de incorporar al grupo de enfermos a gente sana. Primero se vende la enfermedad y luego el fármaco.”⁴³⁶

Es muy fácil encontrar ejemplos para ilustrar esta afirmación. Así, el diagnóstico por déficit de atención-hiperactividad en niños, se ha incrementado de forma espectacular paralelamente a las ventas de metilfenidato en los EE.UU. Parece razonable preguntarse si este sorprendente fenómeno de prescribir psicofármacos a los niños obedece a que el trastorno realmente ha aumentado o si es consecuencia de las

⁴³⁴ Baca Baldomero, E. “Los límites de la psiquiatría...”, p. 564.

⁴³⁵ De la Mata Ruiz, I.; Ortiz Lobo, A. “Industria Farmacéutica y Psiquiatría”. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría* 2003; 23(86): 49-71.

⁴³⁶ De la Mata Ruiz, I.; Ortiz Lobo, A. “Industria Farmacéutica y Psiquiatría”, p. 63.

dificultades propias de la vida familiar y escolar. A este respecto, Jorge L. Tizón nos informa de hechos asombrosos:

“Al parecer, hay ciudades en Estados Unidos en que se hallan en supuesto ‘tratamiento’ con dichos fármacos hasta 25 de cada 100 niños de 8-12 años. Aún no sabemos casi nada de los efectos de las mayoría de los fármacos sobre el cerebro de los niños, todavía biológicamente inmaduro y en transformación continua, ¿y se les administran durante años fármacos que afectan su fisiología de forma declarada?”⁴³⁷

Lo mismo puede decirse de la fobia social, trastorno apenas conocido antes de que se aprobase la indicación de la paroxetina para tratarlo. Pero la mayor epidemia es la depresión, que tras la aparición de la paroxetina, y debido a la competencia feroz entre diferentes inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, ha dado lugar a que, al final, “...la mejor estrategia ha sido lograr que gran parte de la población se creyera deprimida.”⁴³⁸ De esta manera, la incidencia de la enfermedad *parece* haber crecido:

“Esta popularización de la depresión permite extender los límites de la psiquiatría (en los años 50 la depresión era un trastorno relativamente raro) y alimenta intereses corporativistas y aumenta el mercado de los psicofármacos.”⁴³⁹

Todos estos elementos se alían contra el paciente. El modelo psiquiátrico se inclina casi exclusivamente hacia la psicofarmacología, dejando a un lado otras técnicas como la psicoterapia, la rehabilitación, la psicoeducación, útiles para mejorar los síntomas de algunos trastornos. Las “epidemias” de trastornos psiquiátricos, como el caso de la depresión que comentábamos, saturan los servicios de salud mental con usuarios sin patología psiquiátrica. Por otra parte, como se proporciona más y mejor asistencia sanitaria a quien más la reclama y no a quien más la necesita (obteniéndose,

⁴³⁷ Tizón, J.L. “De los procesos de duelo y la medicalización de la vida”. *Jano* 2006; 1.618; p. 58. A este respecto, véase también Tizón García, J. “El niño hiperactivo y su síndrome: ¿mito, realidad, medicación?”. *FMC. Formación Médica Continuada en Atención Primaria* 2006; 13(1):1.

⁴³⁸ De la Mata Ruiz, I.; Ortiz Lobo, A. “Industria Farmacéutica y Psiquiatría”, p. 64.

⁴³⁹ De la Mata Ruiz, I.; Ortiz Lobo, A. *Ibíd.*, p. 64.

obviamente, mejores resultados con los procesos banales o ficticios que con la verdadera psicopatología), según la ley de cuidados inversos, se desvían recursos de los pacientes graves para atender patologías de menor importancia. Además, la administración de psicofármacos cada vez más caros y la proliferación de incapacidades temporales por supuesta patología psiquiátrica impone una onerosa carga para la asistencia sanitaria pública. Los pacientes dejan de serlo para convertirse, primero, en usuarios, y finalmente, en clientes:

“...dar pastillas contra el malestar supone sancionar como individuales problemas que pueden tener un sustrato social (y se propugna la adaptación personal frente a situaciones sociales injustas) y significa respaldar el debilitamiento de las redes tradicionales de contención y aceptar las imposiciones que el mercado ordena.”⁴⁴⁰

Volviendo a las reflexiones de Savater con que comenzábamos, ahora no es el Estado el que invade y aliena a sus súbditos, sino el mercado el que nos lleva a su redil. Y además de convencernos de que es por nuestro bien, ha logrado que deseemos fervientemente alcanzar las utópicas metas de salud y felicidad que nos ofrece. La reflexión de Savater sigue vigente, aunque sus artífices y principales beneficiarios no sean los mismos.

⁴⁴⁰ De la Mata Ruiz, I.; Ortiz Lobo, A. “Industria Farmacéutica...”, pp. 66-67.

CUARTA PARTE

Opiniones sobre el principio y el final de la vida

“Para el colectivo, nacimiento y muerte son lo más importante,
 porque señalan la alta y la baja en el grupo;
 pero en la biografía de cada cual
 las cosas quizá no vayan del mismo modo.”⁴⁴¹

4.1. Puntualizaciones

La producción escrita de Fernando Savater sobre el aborto, las técnicas de reproducción asistida y la eutanasia es muy reducida. Cuando en 1985 se refirió a estos asuntos como los principales temas de estudio de la entonces naciente bioética, señaló que estaban oscureciendo otros aspectos que a su juicio merecían mayor atención, de los que ya nos hemos ocupado a lo largo de esta memoria: especialmente, la legalización de la droga.

No parecen haberle interesado aquellas situaciones en las que el punto de vista del individuo todavía no puede ser expresado o ya no puede serlo, como señala en la cita que encabeza este apartado. Efectivamente, en el casi cuarto de siglo transcurrido desde que escribiera esa frase, la bibliografía sobre el aborto y la eutanasia ha crecido extraordinariamente y ambos asuntos han sido tratados desde muy diferentes puntos de vista. Esto no significa en absoluto que se haya alcanzado un criterio social unánime sobre estos temas. Sería ocioso aludir a las fuertes polémicas puestas en marcha por el actual proyecto del Gobierno de la nación de reformar la actual legislación sobre el aborto. Asimismo, es sobradamente conocida la extrema politización que ha rodeado a las sedaciones a enfermos terminales practicadas en el “Hospital Severo Ochoa” de Leganés (Madrid) en 2007.

⁴⁴¹ Savater, F. “Paradojas éticas de la salud”. En: *El contenido de la felicidad*. Madrid: El País/Aguilar, 1986; 141-161; p. 144.

Lógicamente, los juicios de nuestro autor al respecto son de carácter ético y dejan poco lugar para las consideraciones médicas, a diferencia de lo que sucede con la persistente defensa savateriana de la legalización de la droga o la crítica a la psiquiatría.

4.2. Aborto y reproducción

Nuestro autor establece una clara distinción entre ser partidario de la práctica del aborto y serlo de su despenalización y sostiene que la moralidad es un asunto estrictamente personal:

“Se ha dicho varias veces, pero habrá que repetirlo: *no es lo mismo ser partidario del aborto que serlo de la despenalización del aborto*. [...] Muchas cosas no están penadas, sin que por ello quede inequívocamente determinado su estatuto ético. La vida moral de cada cual es un problema suyo, y nunca dejará de ser su problema, por muchas leyes que traten de decidir por él.”⁴⁴²

Aparece aquí una idea siempre presente en Savater, que es la ética como elección personal, perfectamente diferenciada –e incluso enfrentada si es preciso– a la legalidad, aplicable tanto al aborto como a la drogadicción, como pudimos ver:

“La ética en el mundo actual difícilmente puede parecerse a un conjunto de mandamientos, normas, prescripciones y proscripciones nítidamente establecido: es más bien una *perspectiva de reflexión personal* sobre la libertad que ejercemos eligiendo y descartando en una realidad social demasiado rica como para no romper las costuras de todos los formularios. La perspectiva ética es siempre la del aquí y ahora concretos del sujeto que reflexiona sobre cómo vivir mejor su humanidad compartida. No es una desazón de la que nos sea dado descansar apelando al criterio resolutorio de una autoridad externa.”⁴⁴³

Hemos querido insistir en este punto antes de exponer los argumentos concretos de nuestro autor referidos al aborto.

⁴⁴² Savater, F. “Algunas falacias clericales sobre el aborto” En: *Las razones del antimilitarismo y otras razones*. Barcelona: Anagrama, 1984 (1ª Edición), pp. 191-196; p. 192.

⁴⁴³ Savater, F. “Lo moral y lo legal”. *El País*, 17-02-98.

“En primer lugar, no es un niño (el niño necesita asistencia, pero puede obtenerla de cualquiera, ya ha alcanzado cierta autonomía; el feto, durante buena parte de su gestación y mientras la ciencia no lo remedie, depende *exclusivamente* de las reservas físicas de su madre); en segundo lugar, no es inocente. Sólo puede ser inocente quien podría ser culpable, lo mismo que es absurdo -salvo por licencia poética- llamar ciega a una piedra, pues en ningún caso le es dado ver. ¿Cómo podría ser *culpable* un feto, si no puede tomar ninguna decisión ni llevar a cabo por voluntad propia ninguna conducta alternativa a la que el mecanismo biológico le prescribe? [...] Tampoco el feto es un ‘ser humano’ por la misma razón que una castaña no es un castaño bajito. Y del mismo modo que la castaña tiene propiedades diferentes a las del castaño -por ejemplo, la primera es comestible pero el segundo no-, también el feto y el ser humano tienen características distintas y pueden gozar de distintos derechos. Aun menos puede decirse que el feto sea una “persona”, pues esta categoría no es biológica, sino jurídica, es decir, social. No se llega a persona por multiplicación celular, sino por convención.”⁴⁴⁴

En resumen, Savater sostiene que un feto: 1) no es un niño (porque todavía no es fisiológicamente autónomo), 2) no es inocente (porque no puede ser culpable); 3) no es un ser humano (todavía) y 4) no es una persona (porque esta es una categoría jurídica y social, no biológica). Luego para Savater quien practica un aborto no es un asesino por que no mata deliberadamente ni a un niño, ni a un sujeto inocente, ni a un ser humano ni a una persona. Tras estas afirmaciones, puntualiza:

“Pero aunque no sea ni un ‘ser humano’ ni una ‘persona’, el feto es algo sumamente valioso e importante, ya que sin él no habría ni seres humanos ni personas. Por tanto, es perfectamente explicable que haya quienes sientan repugnancia ante cualquier tipo de aborto.”⁴⁴⁵

Nuestro autor explica así lo que significa para él la palabra “vida”:

⁴⁴⁴ Savater, F. “Algunas falacias clericales sobre el aborto”, p. 193.

⁴⁴⁵ Savater, F. “Algunas falacias clericales sobre el aborto”, p. 193 y pp. 195-196.

“Rezuman los planteamientos en torno a este asunto una fastidiosa *hiper-biologización*, tanto en los planteamientos a favor como en contra de la despenalización del aborto. Se habla, por ejemplo, de la *defensa de la vida*. ¿Qué es eso de defender la vida, así, sin calificar, a ultranza? [...] Desde luego, el sabio hindú respeta a la hormiga y a la vaca, no se come ni al huevo ni a la gallina, y cuando ve proliferar el tumor canceroso que le roe, dice mansamente: ‘Dejadle crecer, él también está vivo’. Pero la tradición occidental, de la que el cristianismo forma parte, no valora la vida sin más, sino sólo la vida humana, es decir, la vida desnaturalizada, la vida como proyecto simbólico de salvación o de terrena felicidad.”⁴⁴⁶

Este razonamiento, incluso con el mismo ejemplo, le servirá para criticar los presuntos derechos de los animales:

“Cuando el santón budista al que un enorme tumor canceroso deforma el cuello detiene a quienes quieren extirpárselo con un ‘dejadle crecer: él también está vivo’, no es la voz irremediabilmente humana de la ética la que escuchamos, sino la voz sobrehumana -y a menudo inhumana- de la religión. La ética no es el respeto y reconocimiento de lo vivo por lo vivo, sino el respeto y reconocimiento de lo humano por lo humano.”⁴⁴⁷

Sin embargo, aunque sostiene que un feto no es una persona, reconoce que tiene derechos que hay que respetar:

“En contra de lo que suelen decir tanto partidarios como detractores del aborto, su mejor justificación moral no estriba en el derecho a la libertad de elección de los padres, sin en el resguardo negativo de los presupuestos para la libertad de los hijos. No se trata en primer lugar del derecho a evitar un hijo no querido, sino de no obligar a nadie a nacer de unos padres que no le quieren. [...] En una palabra, si alguna obligación social tenemos con los no nacidos es la de

⁴⁴⁶ Savater, F. *Ibíd.*, p. 194.

⁴⁴⁷ Savater, F. “El alma de los brutos”. *El País*, 14-01-86.

protegerles en lo posible de los peores efectos de la terrible posesividad paternal... incluso ayudándoles, llegado el caso, a no nacer”.⁴⁴⁸

Savater mantiene aquí una posición contradictoria, negando la condición humana de un no nacido y defendiendo al mismo tiempo sus derechos. Curiosamente, no solo reivindica determinadas opciones para el feto –tratando de ponerse en su lugar para decidir si le conviene nacer o no– sino que además reclama el derecho a tener padre y madre:

“Una cosa es impedir que llegue a ser un individuo no querido y otra muy distinta y mucho más grave obligar a un individuo a ser como otro quiera. [...] En contra de lo que creen los eclesiásticos, el aborto protege los derechos de los que van a nacer; las artificializaciones proyectivas de los *nasciturus*, por el contrario, les condenan biológicamente a soportar las consecuencias del capricho ajeno más allá de lo impuesto por nuestra materialidad específica.”⁴⁴⁹

Encontramos aquí una de las opiniones polémicas de Savater, consistente en una cerrada negativa no solo a la clonación de humanos, sino a las técnicas de reproducción asistida en conjunto. Consciente quizá de las contradicciones de su postura, nuestro autor argumenta como sigue:

“De modo que, la cosa funciona así: si usted está contra los anticonceptivos y mucho más contra el derecho al aborto, también estará contra la fecundación *in vitro* o la adopción de niños por parejas homosexuales, pues todas son licencias antinaturales que los hombres se toman contra los planes biológicos de Dios; pero si es usted partidario de los métodos anticonceptivos y de la despenalización regulada del aborto, debe apoyar también los hijos de diseño, la procreación sin varón de vírgenes o lesbianas y el parto de las abuelas”.⁴⁵⁰

⁴⁴⁸ Savater, F. “Nacer (1)”. En: *Diccionario filosófico*. Barcelona: Planeta, 1995; 243-250; p. 247 y 249.

⁴⁴⁹ Savater, F. “Problemas clónicos”. *El País*, 12-12-93.

⁴⁵⁰ Savater F. “Nacer (1)”. En: *Diccionario filosófico*. Barcelona: Planeta, 1995; 243-250; p. 243.

¿Por qué motivos se opone Savater a las manipulaciones reproductivas en la especie humana?

“El problema, sin embargo, es que el individuo humano no es una *cosa* entre otras de las que los hombres *hacen*. Los humanos somos producto de otros humanos, cierto, pero no productos *manufacturados*. Somos *fruto* de nuestros padres, no su encargo, ni su pedido a la tienda, ni mucho menos su propiedad. Nadie es ni sobre todo tiene por qué ser un artificio del capricho ajeno: si nadie puede ser obligada a ser madre contra su decisión o contra su gusto, nadie puede ser fabricado hijo según el gusto o manía de una señora, ayudada por un técnico con afán de dinero o de notoriedad. En una palabra: todo lo que los hombres hacemos es igualmente artificial, incluida nuestra propia condición humana ligüística y social, todo... menos nuestra entidad individual de carne y sangre.”⁴⁵¹

Con argumentos igualmente difusos, nuestro autor rechaza la creación deliberada de familias monoparentales:

“Se dice: cualquiera puede criar a un niño, lo mismo una abuela que una pareja de homosexuales o sus padres biológicos. Pero es que no es lo mismo ser padre de una criatura que cuidarla: no es idéntico criar que engendrar. [...] Pero ser padres es otra cosa, a la vez más simple y más misteriosa: el empeño de la carne, la culminación del deseo.”⁴⁵²

“Se invoca el derecho a la procreación de las parejas estériles o de quienes son estériles por no tener pareja del sexo opuesto, pero se olvida el fundamental derecho a la filiación de cada nacido, es decir, el derecho a ser inscrito en el orden simbólico del doble origen masculino y femenino de los humanos en lugar de transformarse en un capricho de laboratorio.”⁴⁵³

“El erotismo humano es –afortunadamente– diverso y complejo: las relaciones homosexuales forman parte de él y su condena no proviene de la

⁴⁵¹ Savater, F. *Ibíd.*, p. 245.

⁴⁵² Savater, F. *Ibíd.*, p. 249.

⁴⁵³ Savater, F. “Lo moral y lo legal”. *El País*, 17-02-1998.

moral sino de la negra superstición, que odia y/o teme cuantos placeres no comparte. Pero la procreación no es un juego erótico sino un proceso natural que implica hembra y varón. Decir que tener padre y madre puede ser sustituido por tener dos papás o dos mamás es una sandez del mismo calibre que sostener que pueden tenerse dos pies izquierdos o dos pies derechos sin que el caminar se resienta en lo más mínimo.”⁴⁵⁴

Mediante su reclamación del derecho a la doble filiación también quiere justificar su negativa a la adopción por familias monoparentales:

“Pero el tema de la adopción implica a otro que no forma parte de la pareja y cuya aquiescencia no siempre puede ser requerida. Y aquí, desde el punto de vista ético, lo relevante no es que la pareja sea homosexual o heterosexual. [...] Si de derecho vamos a hablar, no sólo cuenta el de ser padre o madre, sino el de tener padre y madre; querer ser padre o madre es aceptar el triángulo, no abolir uno de sus miembros merced a una prótesis científica.”⁴⁵⁵

Y para no dejar lugar a dudas sobre su posición, y sin negar el mérito de adoptar huérfanos, puntualiza:

“Pero cosa muy distinta es programar deliberadamente huérfanos de padres o madres, rechazar el triángulo genésico desde su inicio como un prejuicio irrelevante o manipular la procreación hasta el punto de que el azar innovador de la filiación se convierta en absurda fotocopia de una dotación genética prefigurada de antemano en nombre de caprichos autocráticos.”⁴⁵⁶

Esta idea es una constante en el modo de pensar de Savater y siempre ha sostenido el mismo argumento con términos similares:

“Por eso cuando me hablan del tema de la fecundación in vitro o de la procreación desde fuera, a mi no me gusta. Yo creo que programar huérfanos es

⁴⁵⁴ Savater, F. “El exceso moral”. *El País*, 27-06-2005.

⁴⁵⁵ Savater, F. “Jugar a papá y mamá”. *El País*, 26-08-2001.

⁴⁵⁶ Savater, F. *Ibíd.*

una barbaridad. Una cosa es que la vida te obligue a ser huérfano, y otra que sea irrelevante ser huérfano o no. Y en una sociedad muy compleja y muy dura, la fuerza que te da el haber tenido esa relación, aunque haya sido polémica y de enfrentamiento, eso ya no te lo va a dar nadie.”⁴⁵⁷

“No creo que nadie esté moralmente autorizado a planear huérfanos de padre o a condenar a otro a ser hermano gemelo de su propio progenitor como medio para remediar sus personales carencias afectivas.”⁴⁵⁸

Aunque nuestro autor reconoce que esta actitud ha sido etiquetada como un prejuicio anacrónico (“...no es verdad que todas las reservas contra los usos de la técnica provengan de prejuicios antañones”⁴⁵⁹), todavía estamos a la espera de argumentos adicionales.

“Pero a mi juicio nadie tiene derecho a programar y fabricar huérfanos en probeta para complacer a solteros o parejas de igual sexo. No sé (nadie sabe) si los niños crecen peor, mejor o igual sin padres que con padres, pero de lo que estoy seguro es de que nadie tiene derecho de privar a un semejante de su filiación azarosa en la trama intersexual. Si esto es un prejuicio, lo asumo como tal y estoy dispuesto razonadamente a sostenerlo...”⁴⁶⁰

Esta posición de Savater ha sido criticada incluso por quienes comparten la mayoría de sus opiniones:

“Me parece que le pasa lo mismo a propósito de las técnicas para mejorar la raza: Fernando es muy temeroso respecto a la capacidad de intervención. Él, progresista ilustrado como es a veces, hace apologías del azar que desde algún sistema filosófico pueden ser justificables, pero que yo creo que forman parte

⁴⁵⁷ Arias, J. “Programar huérfanos es una barbaridad”. En: *Fernando Savater: el arte de vivir*. (Diálogo con Juan Arias). Barcelona: Planeta, 1996 (1ª Ed.): 57-67; p. 58.

⁴⁵⁸ Savater, F. “Lo moral y lo legal”. *El País*, 17-02-1998.

⁴⁵⁹ Savater, F. *Ibíd.*

⁴⁶⁰ Savater, F. “El exceso moral”. *El País*, 27-06-2005.

escasamente aceptable de lo que es ese disperso sistema de valores que sus enseñanzas nos han ido inculcando.”⁴⁶¹

No obstante, por lo que hemos podido saber, nuestro autor sigue manteniendo estas mismas reservas hasta el día de hoy, al defender una moratoria en las manipulaciones genéticas:

“No hagamos ya todo lo que se puede realizar; vamos a pensarlo un poco más, no pisemos donde los ángeles temen entrar porque no bastan las buenas intenciones cuando no se sabe adónde podemos llegar”.⁴⁶²

Por último, considera que estas intervenciones son reflejo de una nueva forma de puritanismo o fanatismo:

“Pero tan peligroso como decir que la sexualidad tiene que ver sólo con la reproducción es decir que la procreación no tiene nada que ver con la sexualidad. Eso también es un fanatismo ideológico”.⁴⁶³

“El ya derrotado puritanismo que reducía toda la sexualidad a reproducción está siendo sustituido por otro puritanismo, no menos repelente pero más duro de pelar, que quiere desligar científicamente la reproducción de la sexualidad.”⁴⁶⁴

Como ya señalamos, Savater ha sido cofundador del partido político *Unión, Progreso y Democracia*, respecto al cual, sin embargo, mantiene algunas divergencias, una de ellas precisamente sobre el aborto:

⁴⁶¹ Espada, A. “Savater: escritor de periódicos”. En: F. Giménez García, E. Ujaldón Benítez (Coord.). *Libertad de filosofar: ética, política y educación en la obra de Fernando Savater*. Barcelona: Ariel, 2007 (1ª Ed.): 67-79; p. 77.

⁴⁶² Redacción. “No hagamos ya todo lo que se puede realizar desde la manipulación genética”. *Diario Médico*, 12-11-08, p. 10.

⁴⁶³ Arias, J. “Programar huérfanos es una barbaridad”. En: *Fernando Savater: el arte de vivir*. (Diálogo con Juan Arias). Barcelona: Planeta, 1996 (1ª Ed.), pp. 57-67.

⁴⁶⁴ Savater, F. “Jugar a papá y mamá”. *El País*, 26-08-2001.

“Yo soy partidario de una ley de plazos para resolver el problema del aborto y sé que en el partido hay mucha gente que no lo apoya”.⁴⁶⁵

En conclusión, podemos afirmar que cuando Savater defiende la despenalización regulada del aborto y a la vez rechaza cualquier manipulación reproductiva en humanos lo hace, aparentemente, por razones emocionales y subjetivas, dado que no aporta argumentos.

No podemos dejar de señalar que las escasas consideraciones de Savater sobre el aborto fueron expresadas a finales de 1984, precisamente cuando se estaba elaborando la legislación hoy vigente y en medio de una polémica especialmente virulenta. Recordemos que en España la despenalización de los anticonceptivos data de 1978 y la actual normativa legal sobre el aborto es de 1985. Dicha legislación permite hoy solicitar una Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) en los tres supuestos siguientes⁴⁶⁶:

- a) Cuando exista grave peligro para la salud física o psíquica de la madre. Es el aborto terapéutico, en el que la intervención podrá realizarse hasta las 12 semanas de embarazo.
- b) Cuando exista probabilidad de que el feto nazca con graves defectos físicos o psíquicos. Se trata del aborto eugenésico, en el que la intervención podrá realizarse hasta las 22 semanas de embarazo.
- c) Cuando el embarazo sea consecuencia de una violación, previa denuncia en los 5 días siguientes. Es el aborto ético, en el que la intervención podrá realizarse hasta las 12 semanas de embarazo.

Al igual que en el debate sobre la legalización de los estupefacientes, Savater defiende una de las dos posiciones convencionales sobre el aborto. Pese a los numerosos ensayos que dedicó a exponer su criterio anitiprohibicionista, vimos que no aportó argumentos nuevos ni propuso vías para el acuerdo entre los dos sectores enfrentados. En el caso del aborto, también Savater se alinea en uno de los dos bandos y

⁴⁶⁵ Savater, F. *Política razonable*. Madrid: Triacastela, 2008; p. 99.

⁴⁶⁶ Ramirez Hidalgo, A.;Avecilla Palau, A. “Planificación familiar y esterilidad”. En: Martín Zurro, A.; Cano Pérez, J.F. (Eds.). *Atención Primaria*. Barcelona: Harcourt, 1999 (4ª Ed., Vol. I); pp. 558-589; p. 578.

tampoco aporta nuevas ideas. Además, en este caso su producción es tan escasa que incluso resulta difícil caracterizar detalladamente su punto de vista. Ciertamente, las posiciones irreductibles de unos y otros resultan desalentadoras:

“Por desgracia, a pesar de la voluminosa bibliografía existente al respecto, los argumentos a favor del aborto siguen sin estar claros y por tanto no han sido suficientemente analizados por el público en general, ni por parte de los partidarios de la opción pro vida, ni de los que defienden la libre elección. [...] Es posible que esta nueva actitud de evitar deliberadamente la discusión sea fruto de un sentimiento de frustración total provocado por un debate sin salida, de una tolerancia ilustrada, o incluso de haber leído la obra de Ronald Dworkin *El dominio de la vida*, donde trata de explicar este punto muerto considerándolo el resultado de una discusión religiosa irresoluble.”⁴⁶⁷

En efecto, Ronald Dworkin⁴⁶⁸ considera que es un serio error el planteamiento habitual del aborto como un controversia sobre los derechos e intereses del feto y lamenta que la polémica se centre casi exclusivamente en la definición de persona como acreedora de derechos, tal como lo hace Savater en el citado artículo “Algunas falacias clericales sobre el aborto”. En estas condiciones, afirma Dworkin, la reconciliación parece imposible. Planteada en términos un tanto crudos, la disputa puede resumirse como sigue:

“El debate sobre la cuestión de si un feto es o no es persona tiene muchas similitudes con debates que podemos imaginar (o bien en los cuales podemos participar) sobre si un hombre con 50 pelos en la cabeza es o no es calvo; o debates sobre si la cantidad de 51 pasas sultanas constituye o no un montón o debates sobre si un tono determinado es de color naranja o rojo. Hay muy buenas razones para pensar que a menudo no hay respuestas determinadas, claramente demostrables y correctas a estas preguntas. Este tipo de preguntas son, de hecho,

⁴⁶⁷ Rodhes, R. “Reproducción, aborto y derechos”. En: Thomasma, D.C.; Kushner, T. *De la vida a la muerte. Ciencia y bioética*. Madrid: Cambridge University Press, 1999; pp. 74-86; p. 75.

⁴⁶⁸ Ronald Dworkin, autor de *El dominio de la vida* (Barcelona: Ariel, 1994) es profesor de Filosofía del Derecho en las universidades de Nueva York y Oxford y algunos de sus artículos han aparecido en *Claves de Razón Práctica*, revista codirigida por Savater.

discutibles. Cuando se trata de áreas grises, no tiene sentido preguntar ¿es blanco o negro? Si es gris, ¡no es ni uno ni otro! Fin de la cuestión.”⁴⁶⁹

Dworkin sostiene que el debate se refiere a las distintas percepciones del valor intrínseco de la vida:

“Casi todo el mundo comparte, explícita o intuitivamente, la idea de que la vida humana tiene valor objetivo, intrínseco, que es completamente independiente de su valor personal para alguien, y el desacuerdo sobre la interpretación correcta de esta idea común es el verdadero nervio del gran debate sobre el aborto. Por esta razón, para la mayoría de la gente, el debate es incluso más importante que una discusión acerca de si el feto es un persona.”⁴⁷⁰

En contra de lo que pudiese parecer, Dworkin considera que tales valores intrínsecos no son algo extraordinario, y que los manejamos cotidianamente:

“Pero la idea de que algunos hechos u objetos son valiosos en y por sí mismos –que los respetamos no porque sirvan a nuestros deseos o intereses, sino por sí mismos– es también una parte familiar de nuestra experiencia. Por ejemplo, muchas de nuestras opiniones acerca del conocimiento, la experiencia, el arte y la naturaleza presuponen que, de maneras diversas, estas cosas son valiosas por sí mismas y no sólo por su utilidad o por el placer o satisfacción que nos proporcionan. La idea del valor intrínseco es un lugar común y ocupa un lugar central en el esquema de valores y opiniones que compartimos.”⁴⁷¹

¿Qué entiende Dworkin por valor intrínseco? Para aclarar este concepto, lo compara con otro tipo de valores, a saber, los instrumentales y los subjetivos. Veamos como aclara unas nociones que pudieran parecer un tanto abstractas:

⁴⁶⁹ Selgelid, M.J. “¿El aborto para la Prevención de las Imperfecciones Humanas? Aborto eugenésico, incertidumbres morales y consecuencias sociales.” *Daimon. Revista de Filosofía* 2004; 31: 115-130; p. 120.

⁴⁷⁰ Dworkin, R. *El dominio de la vida*. Barcelona: Ariel, 1994, p. 91.

⁴⁷¹ Dworkin, R. *Ibid.*, p. 95.

“La vida humana, ¿es valiosa subjetiva, instrumental o intrínsecamente? La mayoría de nosotros cree que la vida humana es valiosa en los tres sentidos. Tratamos como instrumental el valor de la vida de una persona cuando la medimos en términos de cuanto sirve, su vida, a los intereses de los demás: por ejemplo, en términos de hasta qué punto lo que esa persona produce mejora la vida de los demás. [...] Tratamos la vida de una persona como subjetivamente valiosa cuando medimos su valor para la persona misma, es decir, en términos de hasta qué punto quiere *ella* estar viva y hasta qué punto estar vivo es bueno para ella.”⁴⁷²

Partiendo de esta base, Dworkin interpreta como sigue el punto central de desacuerdo que da lugar a dos posiciones irreconciliables sobre el aborto:

“Si creemos, sin embargo, que la vida de cualquier organismo humano, incluido el feto, tiene valor intrínseco con independencia de que además pueda tener un valor instrumental o personal –si tratamos cualquier forma de vida humana como algo que debemos respetar, honrar y proteger por ser maravilloso en sí mismo– entonces el aborto es moralmente problemático.”⁴⁷³

Es esta discrepancia sobre la idea de valor intrínseco la que imposibilita todo acuerdo entre partidarios y detractores del aborto, al margen de legislaciones y sentencias judiciales. También Savater se ha referido en muchas ocasiones al valor instrumental y subjetivo de la vida, aunque los ha descrito de una forma muy diferente:

“En la vida como funcionamiento lo importante es añadir años a la vida; pero si se entiende como experimento, lo que cuenta es añadir vida a los años.”⁴⁷⁴

Es decir, donde Dworkin habla de valor instrumental de la vida humana, Savater se refiere a la vida humana concebida como funcionamiento, e ilustra así su idea:

⁴⁷² Dworkin, R. *El dominio de la vida.*, pp. 98-99.

⁴⁷³ Dworkin, R. *Ibíd.*, p. 99.

⁴⁷⁴ Savater, F. *Humanismo impenitente*. Barcelona: Anagrama, 1990; p. 132.

“La idea de la salud como duración, es decir ‘fíjate, ha muerto con noventa y cinco años, fue a trabajar hasta unos años antes de morir, tuvo 229 hijos... ¡qué vida más sana!’. Pues a lo mejor no, a lo mejor es una vida totalmente insana.”⁴⁷⁵

Y cuando este autor estadounidense se refiere al valor subjetivo o personal de la vida humana, Savater habla de la vida del hombre concebida como experiencia irrepetible, utilizando un ejemplo extremo:

“Andre Gide cuenta en ‘El moralista’ la historia de Atalarico, un joven rey godo coronado con diecisiete años, que murió a los diecinueve –dice Gide– ‘egorge de plaisir’, ahogado, asfixiado de placeres.”⁴⁷⁶

Concluye Savater su contraposición entre el valor instrumental y personal de la vida con esta pregunta:

“¿Por qué ha de ser más insano morir a los diecinueve ‘egorge de plaisir’ que vivir hasta los noventa y nueve convertido en una máquina reproductora de imbéciles, haciendo todo tipo de trabajos inútiles?”⁴⁷⁷

Como vemos, nuestro autor reconoce la existencia del valor instrumental de la vida humana, aunque sólo sea para despreciarlo. Pero ni siquiera tiene en cuenta la posibilidad de que existan lo que Dworkin llama valores intrínsecos. Nuestro autor no ve, pues, valor alguno en la vida humana *por si misma*:

“La ética no es el respeto y reconocimiento de lo vivo por lo vivo, sino el respeto y reconocimiento de lo humano por lo humano.”⁴⁷⁸

⁴⁷⁵ Savater, F. *Enfermos de salud*. Madrid: Elba, 1991; p. 8.

⁴⁷⁶ Savater, F. *Ibíd.*, p. 8.

⁴⁷⁷ Savater, F. *Ibíd.*, p. 8-9.

⁴⁷⁸ Savater, F. “El alma de los brutos”. En. *El contenido de la felicidad*. Madrid: El País/Aguilar, 1986; p. 194.

Dado que Savater no admite la posibilidad de que la vida del hombre posea valor intrínseco al margen de su rendimiento utilitario (productividad) o del disfrute personal (hedonismo), resulta lógico que no encuentre en el aborto obstáculo ético alguno.

Sorprendentemente, nuestro autor sí que considera un derecho el haber sido engendrado por un hombre y una mujer sin la intervención de medios artificiales. Interrogado no hace mucho por su conocida negativa a las técnicas de reproducción asistida, respondió así nuestro autor:

“Además, esa idea de que todo el mundo tiene derecho a tener un hijo. Mire usted, primero, el hijo que nazca tiene derecho a tener padre y madre, eso sí que es un derecho. O sea, usted [puede] tener derecho a tener un hijo si no quiere tener relaciones sexuales con alguien, si quiere que se lo saquen de la punta del pie porque eso le parece a usted más gracioso, si cree usted que la procreación se convierte en un asunto meramente clínico, lo que era un tema simbólico bastante diferente, eso yo ni creo que sea progresista en ningún sentido, ni que sea fácilmente justificable y que haya que asumirlo como un gran progreso... El que dos lesbianas sordas tengan de encargo un niño por inseminación artificial que, además, ya está programado para ser sordo también porque así ya está toda la familia más contenta... Pues a mí me parece un disparate y una aberración absoluta.”⁴⁷⁹

Aparentemente, Savater ve en la existencia de los padres biológicos algo muy parecido a los valores intrínsecos a que se refiere Dworkin. Pero hasta la fecha, su único argumento para justificar el elevado valor que atribuye a una circunstancia puramente biológica consiste en oponerse a la intervención caprichosa de unos seres humanos en la naturaleza de otros. Así se refiere a las técnicas de reproducción asistida:

“Probablemente haya algunos usos terapéuticos que pueden ser justificados. Pero... En principio, el problema es que se crea ya una disimetría fundamental entre los seres humanos, porque hay unos que programan y otros

⁴⁷⁹ Pereda, R.M^a (Entrev.) “El pensador que interviene: Entrevista con Fernando Savater”. *Letra Internacional*, 2003; 78: 20-29; p. 24.

que nacen programados. No es el mismo caso que la educación, que también es disimétrica, pero que exige la complicidad y el apoyo del educado.”⁴⁸⁰

4.3. Eutanasia y suicidio

Nuestro autor siempre se ha mostrado partidario tanto de la eutanasia como del suicidio y no es difícil encontrar en los textos de Savater la procedencia de estas opiniones.

Así exponía su parecer nuestro autor en 1974 a través de una cita de E.M. Cioran (1911-1995), pensador al que ya citamos y cuya obra ha sido promovida por Savater en España⁴⁸¹:

“El suicidio aparece como la forma de ascender una necesidad a destino, de poner nuestra elección a la altura de lo irremediable. Cioran ha dedicado al tema del suicidio algunos de sus pensamientos más notables... [...] El suicidio es un desenlace calumniado: el mismo que dice: ‘no tengo el valor de matarme’, tachará, un momento después, de cobardía una hazaña ante la que los más valientes retroceden. Se mata uno, no dejan de repetir, por debilidad, por no tener que afrontar el dolor o la vergüenza. Lo que no se ve es que son precisamente los débiles quienes, lejos de intentar escapar, se acomodan al contrario a todo ello y que hace falta vigor para apartarse de todo de una manera decisiva”.⁴⁸²

En la imaginaria conversación con Thomas Szasz a la que ya nos hemos referido (Segunda Parte, “Algunos lugares comunes de la psiquiatría”), Savater pone en boca de este psiquiatra estadounidense el siguiente argumento, que obviamente comparte:

“Prohibir el suicidio es un acto de locura y de desprecio por el ser humano. El que no acepta y no respeta a los que rechazan la vida no acepta ni

⁴⁸⁰ Pereda, R.Mª (Entrev.). *Ibíd.*, p. 25.

⁴⁸¹ En 1975 Fernando Savater leyó en la Facultad de Filosofía y Ciencias de la Educación de la Universidad Complutense de Madrid su tesis doctoral titulada “El pensamiento filosófico de E.M. Cioran”, dirigida por José Luís Pinillos.

⁴⁸² Savater, F. *Ensayo sobre Cioran*. Madrid: Espasa-Calpe, 2002 (2ª Ed.); pp. 148-149.

respeto a la misma vida. No se debe hacer vivir a quien no lo desee, ni impedirle que haga cosas que puedan acabar con su vida, ni muchos menos castigarle del modo que sea por no desear vivir. Y esto, insisto, por respeto a la vida misma en lo que tiene de *humana*, no de puro proceso biológico. [...] El suicida defrauda una vida al Estado, dispone de una vida que no es suya, sino de la colectividad institucionalizada. La mayoría de las prédicas contra el suicidio y (supuestamente) a favor de la vida lo único que vienen a decir es que como la vida no es nuestra no tenemos derecho a disponer de ella.”⁴⁸³

Casi un cuarto de siglo después de la aparición de *Ensayo sobre Cioran*, la opinión de Savater al respecto no ha variado:

“Algunos creemos que el suicidio es una de las prerrogativas irrenunciables de nuestra dignidad: condenarlo éticamente en términos absolutos es condenar la autonomía humana. No hacen falta coartadas de decadencia física o de dolores insoportables para que resulte comprensible por cualquier conciencia madura, ya que ciertos padecimientos del alma pueden ser mucho más insufribles que los del cuerpo. Y pasemos por alto a los bobos que califican tópicamente de ‘cobardía’ lo que ellos no son capaces ni de imaginar sin escalofríos.”⁴⁸⁴

Parece que nuestro autor no establece diferencias entre suicidio y eutanasia. Esta falta de matizaciones posiblemente refleje el escaso interés de Savater por estos asuntos. A lo más que llega Savater es a preguntarse por qué las decisiones sobre la vida han de depender de los profesionales de la salud y no del propio interesado:

“¿Por qué hablar de eutanasia y no sencillamente de suicidio? ¿Por qué reducir las causas lícitas de autosupresión a las derivadas de enfermedades irreversibles? ¿Es que uno no puede saber si su propia vida merece o no la pena hasta recibir el correspondiente certificado médico de inutilidad total? ¿Por qué

⁴⁸³ Savater, F. “El año Szasz”. En: *Perdonadme ortodoxos*. Madrid: Alianza Editorial, 1986 (1ª Ed): 179-186; p. 182.

⁴⁸⁴ Savater, F. “Lo moral y lo legal”. *El País*, 17-02-98.

han de ser los médicos los únicos autorizados a ayudar a la persona en ese trance?⁴⁸⁵

Dejando al margen los aspectos etimológicos o históricos, podemos aceptar la siguiente definición de eutanasia que nos proporciona Salvador Urraca:

“En la actualidad, se asocia el término eutanasia únicamente a las acciones que tienen como finalidad la terminación intencionada de la vida de un paciente, sea o no terminal, a manos del profesional de la salud, a petición de aquel.”⁴⁸⁶

En cuanto al suicidio asistido, traemos aquí la definición tomada de Quill, Cassel y Meier:

“El suicidio asistido por un médico se distingue de la eutanasia en que en esta última el médico, no sólo le proporciona al paciente un modo de suicidarse, sino que, además, en el caso de que el paciente se lo pida, el médico actúa como el causante real de la muerte”.⁴⁸⁷

Aunque el resultado en ambos casos sea el mismo y la diferencia entre eutanasia y suicidio parezca muy sutil, existe una nítida distinción de carácter ético, como nos explica el profesor Diego Gracia:

“Toda acción transitiva tendente a poner fin a la vida de otra persona, ya sea bajo la forma de suicidio asistido, ya de homicidio por compasión, es vista como inmoral, o al menos sumamente peligrosa. De ahí que cada vez sean más los que se preguntan si no ha llegado la hora de plantear el tema de otra manera, a saber, respetando la voluntad del enfermo en el rechazo a ciertos tratamientos vitales, dejando que sea la naturaleza la que finalice el proceso. Se trata de revalorizar de nuevo el papel de la eutanasia pasiva. [...] Quizá ha llegado la

⁴⁸⁵ Savater, F. “¿Qué me pasa, doctor?”. *El País*, 29-11-91.

⁴⁸⁶ Urraca Martínez, S. (Ed.). “Eutanasia: concepto y contexto”. En: *Eutanasia hoy. Un debate abierto*. Madrid: Noesis, 1996; pp. 43- 66, p. 44.

⁴⁸⁷ Quill, T.E.; Cassel, C.K.; Meier, D.E. “Atención al enfermo terminal. Criterios clínicos propuestos para la asistencia médica al suicidio”. *Boletín de la Institución Libre de Enseñanza*, II época, Agosto 1993, nº 17, pp. 33-41; pp. 34-35.

hora de renovar la figura del desahucio, no en su forma clásica, pero si en la del desahucio voluntario o a petición del paciente.”⁴⁸⁸

Creemos que no es difícil compartir este punto de vista de que el valor de la vida humana es puramente subjetivo, de forma que cada cual puede decidir sobre su continuidad, ante la pérdida de aquello que le daba sentido. De hecho, así lo expresa Savater:

“Cada cual ha de tener entonces su palabra que decir sobre lo que considera su salud, es decir, su vida *vivida desde dentro*, puesto que se sabe que no será la sociedad ni la especie quienes protagonicen desde dentro su muerte cuando él muera”.⁴⁸⁹

En una sociedad moderna en la que prima el principio de autonomía y no interferencia en los valores individuales y en la que se quieran respetar todas las creencias y modos de ver la moralidad, no cabe obrar de otra manera. Ningún otro ser humano, y tampoco el médico, tiene derecho a tomar decisiones sobre la propia vida en lugar del propio sujeto.⁴⁹⁰

Pero tampoco se puede negar que existe una parte objetivable de la existencia humana que puede ser medida y evaluada por los demás y que puede influir sobre las decisiones individuales coaccionándolas. Esto es especialmente cierto en el contexto asistencial generado hoy por la medicina hospitalaria. Cabría preguntarse, ¿se puede considerar realmente libre una decisión individual en estas condiciones?

“Los enfermos terminales presentan peculiaridades que es preciso evaluar: persistente dolor, dependencia insoportable, sufrimiento del abandono, de la incomprensión y de la soledad, percepción de amenazas que afectan a su integridad, pérdida de control de la situación, relaciones despersonalizadas, actitudes ambivalentes, ante la vida y la muerte, pérdida de la libertad,

⁴⁸⁸ Gracia, D. “Eutanasia: estado de la cuestión.” En: Urraca Martínez, S. (Ed.). “Eutanasia: concepto y contexto”. En: *Eutanasia hoy. Un debate abierto*. Madrid: Noesis, 1996; pp.273-292.; p. 284.

⁴⁸⁹ Savater, F. *Diccionario filosófico*. Barcelona: Planeta, 1995: 127-133; p. 133.

⁴⁹⁰ Gracia, D. “Eutanasia: estado de la cuestión.”, p. 287.

impotencia de volver a ser persona normal, anulación artificial de las facultades y sentimientos a base de analgésicos, ansiolíticos o antidepresivos, estados psicológicos lábiles, opiniones mediatizadas ante la toma de decisiones, creencias, necesidades y deseos personales. Por ello, la petición de que todo concluya debe interpretarse en función de diversos parámetros pasajeros o permanentes.”⁴⁹¹

Es precisamente la moderna aplicación de medios extraordinarios para mantener con vida al paciente que antes era desahuciado la que lleva a dudar de la licitud moral del denominado encarnizamiento terapéutico, desconocido para la medicina tradicional. Se da la paradoja de que dicho encarnizamiento terapéutico puede ser, al menos parcialmente, el resultado de la aplicación de la denominada medicina defensiva por los médicos, temerosos de ser demandados por falta de celo o mala práctica. Es decir, que para satisfacer las expectativas, a veces irreales, depositadas en la medicina moderna por los no profesionales, los médicos pueden llevar al paciente a situaciones lamentables en las que no es posible la toma de decisiones al margen de consideraciones técnicas de carácter exclusivamente médico. Esa es precisamente la función de los Comités Asistenciales de Ética (CAE). Como vemos, la pregunta de Savater sobre la toma de decisiones *exclusivamente* por los profesionales de la medicina en situaciones críticas hoy no se corresponde con la realidad, dado el carácter multidisciplinar de los CAE. Queda así en evidencia una vez más el escaso interés y el anacronismo de las consideraciones de nuestro autor sobre estos asuntos.

La aparición de los CAE, siguiendo iniciativas procedentes de los EE.UU., con una composición multidisciplinar (personal médico y de enfermería, juristas, bioeticistas, miembros de confesiones mayoritarias y representantes de los ciudadanos), busca asesorar en las decisiones morales que surgen la práctica sanitaria. No se puede dudar de que han significado un avance en cuanto al contenido ético de las decisiones clínicas, pero también es inevitable reconocer que no son la solución a todos los problemas éticos que plantea la medicina moderna. Como señala Azucena Couceiro, existen ciertos riesgos en la actuación de dichos comités:

⁴⁹¹ Urraca Martínez, S. (Ed.). “Eutanasia: concepto y contexto”. En: *Eutanasia hoy. Un debate abierto*. Madrid: Noesis, 1996; pp. 43- 66; p. 53.

“Nunca será suficiente el mero consenso estratégico, sino el consenso racional alcanzado en condiciones de igualdad y simetría en el diálogo. [...] Además, la obsesión por encontrar un punto de convergencia en el grupo, puede hacer olvidar que el objetivo básico del comité es encontrar una solución éticamente correcta”.⁴⁹²

Hay que señalar que, aunque los CAE utilicen una determinada metodología en su proceder, no pueden servirse de soluciones preestablecidas aplicables según las características de cada caso:

“Ni el enfoque de Beauchamp y Childress en su famoso libro *Principles of Bioethics*, ni el abordaje clínico de Jonsen, Siegler y Winslade, ni la priorización de valores de Thomasma, salvan este problema, convirtiendo la toma racional de decisiones en el único objetivo del comité”.⁴⁹³

En resumen, podemos afirmar que la actuación de los Comités Asistenciales de Ética desautoriza la siguiente afirmación de Savater sobre el monopolio de la toma de decisiones por médicos y sacerdotes en situaciones terminales:

“Sotanas y batas blancas evolucionan con profesional presteza allí donde predomina la inconsciencia, cuando no el terror animal, y en tales casos todos suele resumirse con este parte de guerra: ‘es ley de vida’. La ley de vida, sea de origen divino o puramente material, ayuda a quienes ante todo pretenden *hacerse cargo* de los otros, por los más elevados fines, desde luego, pero contando lo menos posible con sus preferencias manifiestas o incluso con el hecho mismo de que sean capaces de manifestar preferencias.”⁴⁹⁴

No obstante, debemos señalar que nuestro autor escribió lo anterior en 1986 y que fue en el transcurso de los diez años siguientes cuando se fueron poniendo marcha en España los Comités Asistenciales de Ética. Éstos se ocupan de situaciones que

⁴⁹² Couceiro Vidal, A. “Comités de ética y eutanasia”. En: *Eutanasia hoy. Un debate abierto*. Madrid: Noesis, 1996; pp. 293-312; p. 300-301.

⁴⁹³ Couceiro Vidal, A., *Ibíd.*, p. 301.

⁴⁹⁴ Savater F. “Paradojas éticas de la salud”. *El contenido de la felicidad*. El País/Aguilar, 1986; pg. 141-161; p. 146.

requieren actuaciones inmediatas o en un breve plazo. Pero antes de llegar a estas circunstancias extremas, hoy también es posible evitar por medio de las Instrucciones Previas lo que tanto criticó Savater, es decir, las decisiones al margen del criterio del interesado.⁴⁹⁵

En resumen, podemos afirmar que el análisis de Savater sobre el final de la vida ha sido muy superficial, sin entrar siquiera a considerar las diferencias entre suicidio y eutanasia. Sorprendentemente, y dada su condición de Catedrático de Ética, tampoco parece haberle interesado ni la aparición de los Comités Asistenciales de Ética ni la legislación relativa a voluntades previas, a pesar de sus críticas a la toma de decisiones al margen de los deseos de los enfermos en situación terminal .

⁴⁹⁵ Véase *Ley 41/2002 de 14 de Noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica*. (BOE N° 274 de 15 de noviembre de 2002), Capítulo IV, Artículo 11 *Instrucciones previas*, regulado en la Comunidad Autónoma de Madrid por la *Ley 3/2005, de 23 de mayo, por la que se regula el ejercicio del derecho a formular instrucciones previas en el ámbito sanitario y se crea el registro correspondiente*. (BOCM N° 140 de 14 de junio de 2005).

CONCLUSIONES

A) En la Primera Parte (“La droga y los límites de la autonomía personal”) exponemos los argumentos de Savater a favor de la despenalización de la droga, que pueden resumirse como sigue:

1) Los daños derivados del consumo de estupefacientes son consecuencia de la prohibición que pesa sobre su tráfico y consumo.

2) El consumo de droga es un asunto estrictamente personal en el que el Estado no debería intervenir, salvo para garantizar la seguridad para la salud.

3) El consumo de sustancias psicoactivas con fines recreativos no implica necesariamente perjudicar a terceros.

Los textos en que defiende estos puntos de vista se publicaron entre 1985 y 1995 y, aunque son muy numerosos, su contenido es muy repetitivo. Tales ideas no son originales de Savater, sino que las toma de autores como Thomas S. Szasz o Michel Foucault y las comparte con literatos como Gabriel García Márquez y Gore Vidal, economistas como Milton Friedman, criminalistas como Alexandro Baratta o José Luís Díez Ripollés o filósofos como Antonio Escohotado.

B) En la Segunda Parte (“Algunos lugares comunes de la psiquiatría”) se recoge el debate mantenido entre Fernando Savater y el psiquiatra Julio Vallejo Ruiloba en el diario *El País*. Las ideas defendidas por Savater son las siguientes:

1) Niega la realidad biológica de la enfermedad mental.

2) Sostiene que la psiquiatría es una invención del Estado opresor para manipular a sus súbditos.

- 3) La opción del suicidio debe ser respetada, independientemente del estado mental del sujeto.
- 4) La enfermedad mental y el consumo de droga favorecen la creatividad.

Savater contrarreplicó personalmente al Dr. Vallejo Ruiloba, pero en esta ocasión no obtuvo respuesta. Hemos aislado y discutido las ideas de Savater expuestas con posterioridad, las cuales pueden resumirse como sigue:

- 1) Duda de la realidad de la enfermedad mental por no presentar lesiones anatomopatológicas identificables.
- 2) Considera que entre la enfermedad mental y la salud sólo hay una diferencia cuantitativa, no cualitativa.
- 3) Opina que la enfermedad mental y el consumo de estupefacientes son una ayuda para la creatividad.
- 4) Niega la utilidad terapéutica del psicoanálisis.
- 5) Rechaza los tratamientos psiquiátricos biológicos.
- 6) Considera que la existencia de establecimientos psiquiátricos obedece a razones de control social por parte del Estado.

En lo relativo a la enfermedad mental, al igual que en la defensa de la despenalización de la droga, Savater se limita a repetir ideas de Thomas S. Szasz y Michel Foucault.

C) En la Tercera Parte (“Enfermedad, invención y pretexto”), nos hemos servido de la idea de medicalización planteada por Savater para sostener sus puntos de vista sobre la drogadicción y la enfermedad mental y la hemos desarrollado para exponer los orígenes y la situación actual de invasión por la medicina de ámbitos que siempre le fueron ajenos.

D) En la Cuarta Parte (“Opiniones sobre el principio y el final de la vida”), y a pesar de la modesta producción de Savater sobre estos temas, exponemos sus opiniones sobre el aborto, de cuya despenalización se muestra partidario, las técnicas de reproducción asistida y las manipulaciones genéticas en humanos, a las que se opone frontalmente. En cuanto a la eutanasia, Savater no la diferencia del suicidio y ni siquiera menciona la existencia de los Comités Asistenciales de Ética o los documentos de voluntades anticipadas, circunstancia sorprendente dada su posición docente como catedrático de ética.

El análisis de los ensayos de Fernando Savater relacionados con la salud y la enfermedad nos ha permitido constatar que estos constituyen una parte modesta de su producción. No obstante, estos textos, aunque por su extensión no son los más detallados de su obra, plantean unas hipótesis muy claras. Lamentablemente, los ensayos de Savater que hemos estudiado adolecen no solo de un exceso de generalización, hecho disculpable dentro del género del ensayo y el artículo periodístico, sino también de una insuficiente información técnica en temas sanitarios, así como de claros sesgos ideológicos.

Esta llamativa falta de imparcialidad contrasta con otros aspectos de su obra en la que tan a menudo ha demostrado una sensatez insólita. Resulta especialmente llamativa su pertinacia en lo relativo a la drogadicción, donde su copiosa producción se extiende a lo largo de un decenio, lo que nos impide justificar su actitud como fruto de una desorientación transitoria. Dejamos a otros estudiosos la tarea de explicar esta sorprendente circunstancia.

Dudamos, por otra parte, que siga sosteniendo opiniones expresadas hace más de cuatro lustros. Nuestras dudas sobre su persistencia en determinados modos de pensar son especialmente sólidas cuando repite determinadas nociones, como la de “Estado Clínico” o “Estado Pastor”, que identifica como procedentes, respectivamente, de Thomas S. Szasz y de Michel Foucault. Con la perspectiva del tiempo transcurrido, es evidente que se trata de meros clichés ideológicos quizá oportunos hace veinte años, pero hoy anacrónicos y difícilmente defendibles. La falta de textos recientes de nuestro autor sobre estos asuntos nos impide conocer su opinión actual.

Independientemente de que las ideas de Savater en lo relativo a la salud y la enfermedad puedan en algunos casos no ser justificables desde un punto de vista médico, el análisis de las mismas posee un notable interés al permitirnos conocer el contenido de las opiniones sostenidas por intelectuales muy conocidos e influyentes, que pueden tener cierta repercusión en la educación sanitaria de la población o en los conceptos generalmente aceptados por los no profesionales en materia de salud pública.

APÉNDICES

A.1. Resumen biográfico

Fernando Fernández-Savater Martín nació en San Sebastián, Guipúzcoa, el 21 de Junio de 1947. Doctor en Filosofía por la Universidad Complutense de Madrid. Su obra abarca tanto el ensayo filosófico, político y literario, como la narrativa y el teatro. A los trece años se instaló con su familia en Madrid, ciudad en la que cursó la carrera de Filosofía, obteniendo el doctorado en 1975 con una tesis sobre E. M. Cioran. Amigo y discípulo de este filósofo, ha contribuido al conocimiento de sus obras en España. Profesor ayudante en la Facultad de Ciencias Políticas y Filosofía de la Universidad Autónoma de Madrid de la que fue apartado de la docencia en 1971 por razones políticas. Durante algún tiempo trabajó como traductor. Posteriormente fue profesor de Ética y Sociología en la Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED) y en 1980 pasó a ser profesor de Ética en la Universidad del País Vasco, en San Sebastián. En 1996 se trasladó a Madrid y desde ese año es catedrático de Filosofía en la Universidad Complutense de Madrid. Cofundador del “Movimiento para la Paz y la No Violencia”, es también miembro del “Foro de Ermua” y de la iniciativa ciudadana “Basta Ya”. En su faceta periodística, en 1990 fue designado director, junto a Javier Pradera, de la revista *Claves de razón práctica*. Asimismo es miembro del consejo de colaboración de la revista mexicana *Vuelta* y forma parte de la Comisión Asesora de la Fundación María Zambrano. En 2000 es nombrado vocal del Patronato del Instituto Cervantes. En 2007 funda el partido político “Unión, Progreso y Democracia”, que obtuvo representación parlamentaria en el Congreso de los Diputados en las Elecciones Generales de marzo de 2008. En Octubre de 2008 se jubiló como catedrático en la UCM.

Premios

- Premio Planeta por *La hermandad de la buena suerte* (2008).
- Premio de Periodismo del diario *El Mundo*, en la modalidad “Columnistas del Mundo” (2007).
- Premio Julio Camba de Periodismo (Caja de Ahorros Provincial de Pontevedra) en 2006 por *¡Te daba así!*, artículo publicado en el diario *El País* el 31 de octubre de 2005).
- Premio Internacional de Literatura Grinzane Cavour, Italia, (2004).
- Premio Pluma de Plata (Club de la Escritura) por su trayectoria como escritor y filósofo (2003).
- Premio Fundación Independiente de Periodismo Camilo José Cela (2003).
- Premio González-Ruano de Periodismo (Fundación Cultural Mapfre Vida) por “Mi primer editor”, artículo publicado en el suplemento “Babelia” del diario *El País* el día 9 de junio de 2001 (2002).
- Premio Periodístico sobre Lectura (Fundación Germán Sánchez Ruipérez) por “El verano de Sauron”, artículo publicado el 12 de agosto de 2001 en los diarios *El Diario Vasco* y *El Correo Español-El Pueblo Vasco* (2001).
- Premio a la Opinión Sanitaria “Reflexiones 2002” otorgado por la Fundación AstraZéneca y Revista Médica por el artículo “Beneficiarios feroces” (*El País*, 14-11-2002).
- Premio Ortega y Gasset de Periodismo (diario *El País*) en 2000 por “El prójimo desconocido”, artículo publicado en *El País Semanal*.
- Premio de la Fundación Fernando Abril Martorell (2000).
- Premio Continente de periodismo por su artículo "Carta a Spinoza", publicado en *El País* (1999).
- Premio Bohoslavsky "por su espíritu crítico" (1998).
- Premio Francisco Cerecedo de Periodismo de la Asociación de Periodistas Europeos (1997).
- Premio Anagrama de Ensayo (Editorial Anagrama) por *Invitación a la ética* (1982).

- Premio Nacional de Ensayo (Ministerio de Cultura) en 1982 por *La tarea del héroe*.

Distinciones académicas

- Doctor "honoris causa" por la Universidad Metropolitana de Caracas, Venezuela (2001).
- Doctor "honoris causa" por la Universidad de Alcalá de Henares (2003).
- Doctor "honoris causa" por la Universidad Autónoma de Veracruz, Méjico, (2005).
- Doctor "honoris causa" por la Universidad Paris VIII (2005).
- Doctor "honoris causa" por la Universidad Autónoma de Madrid (2006).

Obra premiada

- *La hermandad de la buena suerte*. Premio Planeta (2008).
- “¡Te daba así!”. Artículo publicado en el diario *El País* el 31 de octubre de 2005. (2006)
- “Mi primer editor”. Artículo publicado en el suplemento "Babelia" del diario *El País* el 9 de junio de 2001 (2002).
- “El verano de Sauron”. Artículo publicado el 12 de agosto de 2001 en los diarios *El Diario Vasco* y *El Correo Español-El Pueblo Vasco* (2001).
- “El prójimo desconocido”. Artículo publicado en *El País Semanal* (2000).
- *Invitación a la ética*. Premio Anagrama de Ensayo (1982).
- *La tarea del héroe*. Premio Nacional de Ensayo (1982).
- *Panfleto contra el todo*. Premio Mundo de Ensayo (1978).

A.2. Bibliografía de Fernando Savater

A.2.1. Ensayo

A.2.1.1. Monografías

- Saliendo al paso: Espejo de Tinta (2008)
- Diccionario del ciudadano sin miedo a saber: Editorial Ariel, S.A. (2007)
- La vida eterna: Editorial Ariel, S.A. (2007)
- Los siete pecados capitales: Editorial Debate (2006)
- Criaturas del aire: Taurus Ediciones (2004)
- El gran fraude: Aguilar (2004)
- El valor de elegir: Editorial Ariel, S.A. (2003)
- Las preguntas de la vida.: Editorial Ariel, S.A. (1999)
- La aventura africana.: Ediciones Acuarela, S.L. (1999)
- Despierta y lee: Ediciones Alfaguara (1998)
- La dimensión ética de la empresa: Siglo del Hombre (1998)
- Amor a R. L Stevenson: Editorial Límite (1998)
- El valor de educar: Editorial Ariel, S.A. (1997)
- Malos y malditos: Ediciones Alfaguara (1996)
- Escritos breves sobre filosofía: Taurus Ediciones (1996)
- Idea de Nietzsche: Editorial Ariel, S.A. (1995)
- Libre mente: Espasa-Calpe, S.A. (1995)
- Sin contemplaciones: Ediciones Libertarias-Prodhufi, S.A. (1993)
- Valores éticos en la estructura de la sociedad civil: (1992)
- Política para Amador: Editorial Ariel, S.A. (1992)
- La escuela de Platón: Editorial Anagrama, S.A. (1991)
- Ética para Amador: Editorial Ariel, S.A. (1991)
- Humanismo impenitente: diez ensayos antijansenistas: Editorial Anagrama, S.A. (1990)
- Ética como amor propio: Mondadori (1988)
- Filosofía y sexualidad: Editorial Anagrama, S.A. (1988)
- A decir verdad: (1987)
- Euskadi: pensar el conflicto: Ediciones Libertarias-Prodhufi, S.A. (1987)
- El contenido de la felicidad: Diario El País, S.A. (1986)
- Perdoname, ortodoxos: Alianza Editorial, S.A. (1986)
- Schopenhauer, la abolición del egoísmo: Montesinos Editor, S.A. (1986)
- Episodios pasionales: Ediciones Libertarias-Prodhufi, S.A. (1986)
- El dialecto de la vida: Plaza & Janés Editores, S.A. (1985)
- Instrucciones para olvidar el Quijote: Taurus Ediciones (1985)
- Contra las patrias: Tusquets Editores (1984)
- Las razones del antimilitarismo y otras razones: Editorial Anagrama, S.A. (1984)
- Sobre vivir: Editorial Ariel, S.A. (1983)

- Sobras completas: Ediciones Libertarias-Prodhuft, S.A. (1983)
- Nietzsche: Editorial Barcanova, S.A. (1982)
- Invitación a la ética: Editorial Anagrama, S.A. (1982)
- Impertinencias y desafíos: (1981)
- La tarea del héroe: elementos para una ética trágica: Taurus Ediciones (1981)
- El estado y sus criaturas: Ediciones Libertarias-Prodhuft, S.A. (1979)
- Nietzsche y su obra: Dopesa (1979)
- Criaturas del aire: Editorial Planeta, S.A. (1979)
- Panfleto contra el todo: Dopesa (1978)
- Para la anarquía: Tusquets Editores (1977)
- La piedad apasionada: Ediciones Sígueme, S.A. (1977)
- Apóstatas razonables: Madrágora (1976)
- La infancia recuperada: Taurus Ediciones (1976)
- La filosofía como anhelo de la revolución: Ayuso (1976)
- De los dioses y del mundo: Fernando Torres (1975)
- Escritos politeístas: (1975)
- Ensayo sobre Cioran: Taurus Ediciones (1974)
- Apología del sofista y otros sofismos: Taurus Ediciones (1973)
- La filosofía tachada: Taurus Ediciones (1970)
- Nihilismo y acción: Taurus Ediciones (1970)

A.2.1.2. Publicaciones periódicas

- Savater, F. (1976). "Nietzsche en casa de Circe." Cuadernos Hispanoamericanos(310): 18-27.
- Savater, F. (1977). "Cioran, para agravar nuestros males." El Viejo Topo(4): 18-19.
- Savater, F. (1977). "Del terror y la violencia " Cuadernos de Ruedo Ibérico(55): 181-189.
- Savater, F. (1977). "La lección socio-política de la mazmorra." El Viejo Topo(13): 34-35.
- Savater, F. (1977). "Reflexiones acerca de la literatura llamada infantil. La fundación de la aventura." Cuadernos de Pedagogía 3(36): 24-27.
- Savater, F. (1978). "El ensayista como rebelde y como doctrinario." El Viejo Topo (22): 51-53.
- Savater, F. (1978). "Rousseau y la constitución." El Viejo Topo(26): 19-25.
- Savater, F. (1978). "Sobre lo que se dice y lo que se calla al enseñar filosofía." Sistema. Revista de Ciencias Sociales (24-25): 113-116.
- Savater, F. (1979). "El buen salvaje y el mal anarquista (Reivindicación de Pierre Clastres)." El Viejo Topo (37): 27-30.
- Savater, F. (1979). "El gozo literario." Camp de l'Arpa (59): 7-11.
- Savater, F. (1979). "Sobre el pasado fantástico y el futuro imposible." Camp de l'Arpa (65-66): 7-11.
- Savater, F. (1979). "Teoría del nacionalismo performativo." El Viejo Topo (39): 16-21.
- Savater, F. (1980). "Cultura-cultura y derecha-derecha." La Pluma. Revista Cultural(1): 29-35.
- Savater, F. (1980). "El escepticismo ante el mundo nuevo." El Viejo Topo (42): 15-18.
- Savater, F. (1980). "El espectador sinvergüenza." Los Cuadernos del Norte 1(0): 14-18.

- Savater, F. (1980). "La asunción de la madre." Nueva Estafeta (19): 39-48.
- Savater, F. (1980). "Las naturalezas en *Alien*." Los Cuadernos del Norte 1(4): 32-37.
- Savater, F. (1980). "Thomas Hobbes. El hermano del miedo." Tiempo de Historia 6(63): 76-89.
- Savater, F. (1981). "Alfalfa espiritual." Leviatán. Revista de Hechos e Ideas (3): 51-53.
- Savater, F. (1981). "Angustia y secreto (El diálogo entre filosofía y poesía en la reflexión de María Zambrano)." Los Cuadernos del Norte 2 (8): 10-13.
- Savater, F. (1981). "El amor del padre." Revista de Occidente (9): 54-66.
- Savater, F. (1981). "El indefendible e indefenso Cioran." Quimera (4): 13-15.
- Savater, F. (1981). "Sartre en situación comprometida." Camp de l'Arpa (84-85): 7-9.
- Savater, F. (1982). "El paisaje de los cuentos." Quimera (23): 50-53.
- Savater, F. (1982). "La ciudad de los hombres." El Viejo Topo (68): 44-47.
- Savater, F. (1982). "La ética trágica." Iglesia Viva: Revista de Pensamiento Cristiano(102): 601-604.
- Savater, F. (1982). "La soledad solidaria del poeta." Quimera (15): 4-7.
- Savater, F. (1982). "Razones y sinrazón de la lógica militar." Leviatan: Revista de Hechos e Ideas (10): 77-83.
- Savater, F. (1983). "Caracterización del espectador taurino." Insula: Revistas de Letras y Ciencias Humanas (437): 4.
- Savater, F. (1983). "Novela detectivesca y conciencia mortal (Ensayo de Poe-ética)." Los Cuadernos del Norte 4 (19): 8-11.
- Savater, F. (1983). "Policía y Razón de Estado." Leviatán. Revista de Hechos e Ideas (13): 97-104.
- Savater, F. (1983). "Teoría de las ofrendas." Guadalimar: Revista de las Artes 9 (76): 5.
- Savater, F. (1984). "Fatalidad y libertad en Diderot." Arbor 117(457): 25-35.
- Savater, F. (1984). "Las ventajas del enjambre." Guadalimar: Revista de las Artes(78): 5.
- Savater, F. (1984). "Perplejidad y responsabilidad del intelectual." Leviatán. Revista de Hechos e Ideas (17): 131-136.
- Savater, F. (1984). "Sociopatología de la conciencia fiscal." Revista de Occidente (33-34): 177-188.
- Savater, F. (1984). Las razones del antimilitarismo y otras razones. Barcelona, Anagrama.
- Savater, F. (1985). "Cohn-Bendit, el zurdo más diestro." Turia: Revista Cultural (6-7): 73-77.
- Savater, F. (1985). "El héroe como proyecto moral." Revista de Occidente (46): 59-74.
- Savater, F. (1985). "Imaginación religiosa y teología política en Spinoza." Er. Revista de Filosofía(2): 35-46.
- Savater, F. (1985). "La tiara vicetríplice." Saber (3): 60-63.
- Savater, F. (1985). "Paradojas éticas de la salud." Leviatan: Revista de Hechos e Ideas(22): 113-120.
- Savater, F. (1985). "Universalidad y diferencia: el debate ético, hoy." Insula: Revistas de Letras y Ciencias Humanas(469): 3.
- Savater, F. (1986). "Las categorías morales en la invención de la historia." Arbor 125(490): 39-54.
- Savater, F. (1986). "Matías Quetglas en Palma." Guadalimar: Revista de las Artes 11(87): 40-40.
- Savater, F. (1986). "Nuestro tiempo y el otro." Letra Internacional (3): 17-19.
- Savater, F. (1987). "Cohn-Bendit, el zurdo más diestro." Cuadernos de Alzate(5): 57-60.
- Savater, F. (1987). "El otro exilio de George Santayana." Revista de Occidente 79): 5-8.

- Savater, F. (1987). "El último yo de Unamuno." Anthropos: Boletín de Información y Documentación(77): 58-59.
- Savater, F. (1987). "Madame du Deffand: frivolidad y agonía." Revista de Occidente(74-75): 88-102.
- Savater, F. (1987). Últimas noticias sobre la droga. A decir verdad Madrid, Fondo de Cultura Económica: 136-141.
- Savater, F. (1988). "El amor propio y la fundación de los valores." Revista del Centro de Estudios Constitucionales(1): 377-420.
- Savater, F. (1989). "Catón contra César." Primer Acto (229): 70-71.
- Savater, F. (1989). "Testigo de cargo." Revista de Occidente(94): 193-194.
- Savater, F. (1989). "Últimas noticias sobre la droga." Jueces para la Democracia (6): 1.015-1.016.
- Savater, F. (1990). "El culebrón va por dentro." Archivos de la Filmoteca. Revista de Estudios Históricos sobre la Imagen 2(8): 152-153.
- Savater, F. (1990). "El Estado Clínico." Claves de Razón Práctica (1): 18-24.
- Savater, F. (1990). "Falacias de la legitimación histórica." Claves de Razón Práctica (7): 32-36.
- Savater, F. (1990). "La crisis del amor propio." Cuaderno Gris (7-8): 32-43.
- Savater, F. (1990). "La tolerancia, institución pública y virtud privada." Claves de Razón Práctica (5): 30-32.
- Savater, F. (1990). "Los disfraces del ángel." Los Cuadernos del Norte 11(57-59): 58-61.
- Savater, F. (1990). "Los intelectuales: razón, pasión y traición." Quimera(100): 28-31.
- Savater, F. (1990). "Metafísica del dinero." Revista de Economía(5): 108-110.
- Savater, F. (1991). Enfermos de salud Creaciones Elba.
- Savater, F. (1991). "Ética e izquierda." Cuadernos de Alzate(14): 47-58.
- Savater, F. (1991). "La obscenidad de cada día." Claves de Razón Práctica (13): 28-31.
- Savater, F. (1991). "La república de los intelectuales." Revista de Occidente(116): 109-113.
- Savater, F. (1991). "Los intelectuales: razón, pasión y traición." Philosophica Malacitana (4): 257-262.
- Savater, F. (1991). "Melvillana." Claves de Razón Práctica (16): 79-80.
- Savater, F. (1991). "Octavio Paz en su inquietud." Claves de Razón Práctica (11): 50-54.
- Savater, F. (1992). "Filosofía y apocalipsis." Claves de Razón Práctica (20): 2-8.
- Savater, F. (1992). "Hacia una universalización de la libertad política." Sistema. Revista de Ciencias Sociales (108): 25-30.
- Savater, F. (1993). "El significado de la política (Entrevista)." Ciencia Política (32): 29-30.
- Savater, F. (1993). "La aidez por el hombre nuevo." Claves de Razón Práctica (30): 2-6.
- Savater, F. (1993). "La heterofobia como enfermedad moral." Vuelta (205): 23-27.
- Savater, F. (1993). "La inquietud de Narciso." Clínica y Análisis Grupal 15 (64): 335-342.
- Savater, F. (1993). "La negación de la voluntad: Schopenhauer." Documentos A. Genealogía Científica de la Cultura (6): 94-102.
- Savater, F. (1993). "La tradición filosófica de la igualdad." Claves de Razón Práctica (36): 2-9.
- Savater, F. (1993). "Opinable e intolerable." Eguzkilore: Cuadernos del Instituto Vasco de Criminología (7): 281-282.

- Savater, F. (1994). "El reino de este mundo." Ciencia Política (34): 187-190.
- Savater, F. (1994). "Las cosas del nacer: Nuestros problemas con la reproducción." Ciencia Política (37): 176-178.
- Savater, F. (1995). "Cómo narrar la aventura." Letra Internacional (39): 23-26.
- Savater, F. (1995). "Ensayar el ensayo." La Página (20): 95-100.
- Savater, F. (1995). "La universalidad y sus enemigos." Claves de Razón Práctica (49): 10-19.
- Savater, F. (1995). "Los ensayos del yo: Montaigne." República de las Letras (46): 37-44.
- Savater, F. (1995). "Urgencia y presencia de la filosofía." Vela Mayor. Revista de Anaya Educación (6): 20-25.
- Savater, F. (1996). "Angeles decapitados: La desertización cultural bajo el franquismo." Claves de Razón Práctica (59): 8-13.
- Savater, F. (1996). "Argentina vislumbrada." Revista de Occidente (186): 5-13.
- Savater, F. (1996). "El discreto encanto de George Santayana " Teorema: LIMBO Boletín de la Cátedra Jorge Santayana XVI (1): 3-8.
- Savater, F. (1996). "Fundamentalismos religiosos y éticos." Leviatan: Revista de Hechos e Ideas (63): 87-90.
- Savater, F. (1997). "Educar es universalizar." Cuadernos de Alzate (16): 7-18.
- Savater, F. (1997). "Ferlosio en comprimidos." Archipiélago (31): 21-26.
- Savater, F. (1997). "¿Hacia una humanidad sin humanidades?" Cuadernos Hispanoamericanos (560): 7-23.
- Savater, F. (1997). "Nostalgia de la fiera." Cinemanía (24): 128.
- Savater, F. (1998). "Esencia del jaque mate " Letra Internacional (57): 48.
- Savater, F. (1998). "A la vuelta de la esquina." Vuelta (258): 64.
- Savater, F. (1998). "Un educador insustituible " Vuelta (259): 22-23.
- Savater, F. (1998). "Una ciudad caopolita." Revista Internacional de Filosofía Política (11): 19-30.
- Savater, F. (1999). "De las culturas a la civilización." Claves de Razón Práctica (92): 4-8.
- Savater, F. (1999). "Ética de la alegría." Enraonar. Cuadernos de Filosofía: Número extraordinario. 201-205.
- Savater, F. (1999). "Ética de la alegría." Enraonar: Quaderns de filosofia, (1): 201-206.
- Savater, F. (1999). "La ética de la hospitalidad." Lateral (53): 20.
- Savater, F. (1999). "Nuestros valores: entre la bolsa y la vida." Archipiélago: Cuadernos de Crítica de la Cultura (39): 10-20.
- Savater, F. (1999). "Tomás Moro: La imaginación justiciera." Claves de Razón Práctica (97): 53-55.
- Savater, F. (1999). "Un místico de la lógica." Cuadernos de Alzate (20): 5-12.
- Savater, F. (1999). "Vivir juntos." Cuadernos Hispanoamericanos (584): 65-82.
- Savater, F. (2000). "Carta a mi madre." Claves de Razón Práctica (105): 4-6.
- Savater, F. (2000). "Cuando éramos nietzscheanos." Revista de Occidente (226): 53-56.
- Savater, F. (2000). "El valor de educar en la sociedad de la información." Tabanque: Revista Pedagógica (14): 185-194.
- Savater, F. (2000). "La muerte antropomorfa." Claves de Razón Práctica (100): 10-12.
- Savater, F. (2000). "Los posibles Nietzsches." Letras Libres (20): 38-40.
- Savater, F. (2000). "Un intelectual de segunda generación." Archipiélago (40): 78-83.
- Savater, F. (2001). "Borges: La sonrisa metafísica." Claves de Razón Práctica 117: 50-54.
- Savater, F. (2001). "¿Es obligatorio ser de izquierdas?" Archipiélago (45): 13-14.

- Savater, F. (2001). "Etnomanía vs. ciudadanía." Isegoría: Revista de Filosofía Moral y Política (24): 131-136.
- Savater, F. (2001). "Perdonen las molestias." Archipiélago: Cuadernos de Crítica de la Cultura (48): 125.
- Savater, F. (2001). "[Ramón J. Sender. Cien años] Elogio de un novelista." Turia: Revista Cultural(55-56): 253-254.
- Savater, F. (2001). "Un inconformista." Cuadernos Hispanoamericanos (609): 7-10.
- Savater, F. (2002). "Borges, poeta filósofo." Archipiélago (50): 45-50.
- Savater, F. (2002). "Elegir lo contingente." Claves de Razón Práctica (128): 12-15.
- Savater, F. (2003). "Educación y tolerancia." Turia: Revista Cultural (66-67): 196-203.
- Savater, F. (2003). "Zorroaga." Letra Internacional (78): 8-19.
- Savater, F. (2004). "La rentabilidad del terror: el caso vasco." Araucaria. Revista Iberoamericana de Filosofía, Política y Humanidades 6(11): 33-34.
- Savater, F. (2004). "Pregón taurino." Claves de Razón Práctica (143): 22-25.
- Savater, F. (2005). "Carga de infantería." Letras Libres (76): 26-41.
- Savater, F. (2005). "Debate: filósofos españoles ante la religión." Iglesia Viva: Revista de Pensamiento Cristiano(221): 91-116.
- Savater, F. (2005). "Don Quijote y la muerte." Claves de Razón Práctica (150): 59-60.
- Savater, F. (2005). "Homenaje a Gregorio Ordóñez: la derrota del miedo." Letras Libres(43): 38-43.
- Savater, F. (2005). "Identidad cultural." Contrastes: Revista Cultural (37): 78-79.
- Savater, F. (2005). "Julio Verne, educador." Boletín de la Institución Libre de Enseñanza (59-60): 65-68.
- Savater, F. (2005). "Las paradojas de Chesterton." Archipiélago: Cuadernos de Crítica de la Cultura (65): 17-22.
- Savater, F. (2006). "Alianza... ¿de qué? = Alliance... of what?" Contrastes: Revista Cultural (46): 93-97.
- Savater, F. (2006). "El aroma de Santayana." Archipiélago: Cuadernos de Crítica de la Cultura (70): 23-28.
- Savater, F. (2006). "La custodia de la razón = Custody of the reason." Contrastes: Revista Cultural (44): 79-81.
- Savater, F. (2007). "Doce variaciones sobre un escritor." Letras Libres (106): 18-27.
- Savater, F. (2007). "El cristianismo como mito de la posmodernidad." Anthropos: Huellas del Conocimiento (217): 134-140.
- Savater, F. (2007). "La política de los profetas." Claves de Razón Práctica (170): 6-17.
- Savater, F. and G. Vattimo (1997). "¿Qué es la moral?" Claves de Razón Práctica (73): 55-60.

A.2.2. Narrativa

- La hermandad de la buena suerte: Planeta, 2008.
- El gran laberinto: Ariel, 2005.
- El jardín de las dudas: Planeta, 1993.
- Diario de Job: Ediciones Cátedra, 1983.
- Caronte aguarda: Ediciones Cátedra, 1981.

A.2.3. Teatro

- El campo de la verdad.
- Catón, un republicano contra César: XXXV Festival de Teatro de Mérida (1989)

- Guerrero en casa: (1992)
- El último desembarco: Espasa-Calpe, S.A. (1988)
- Vente a Sinapia: una reflexión española sobre la utopía : Teatro Español (1983)
- Juliano en Eleusis: Ediciones Hiperión, S.L. (1981)

A.2.4. Otros géneros

- XXII pregón taurino: Real Maestranza de Caballería de Sevilla
- La libertad como destino: Fundación José Manuel Lara
- Richard Wagner. En Venecia--: Diario El País, S.A.
- Los diez mandamientos del siglo XXI: Editorial Debate (2004)
- Palabras cruzadas : una invitación a la filosofía [en colaboración con José Luis Pardo]: Editorial Pre-Textos (2003)
- Mira por dónde: Autobiografía razonada Taurus Ediciones (2003)
- Los caminos para la libertad: ética y educación Fondo de Cultura Económica de España, S.L. (2003)
- Pensamientos arriesgados: casi todo Savater La Esfera de los Libros S.L. (2002)
- Poe y Stevenson: dos amores literarios Editorial Límite (2002)
- Mi infancia son recuerdos [en colaboración]: Santillana, S. L. (2002)
- Etnomanía contra ciudadanía: Editorial Límite (2002)
- Ética y ciudadanía: Ediciones de Intervención Cultural, S.L. (2002)
- A caballo entre milenios: Aguilar (2001)
- Jorge Luis Borges: Ediciones Omega, S.A. (2001)
- Perdonen las molestias: crónica de una batalla sin armas contra las armas El País/Aguilar (2000)
- Semearentzako politika: Editorial Ariel, S.A. (1998)
- Loor al leer: Aguilar (1998)
- Ética y sociedad: Centro de Profesores de Almería. Comisión de Publicaciones (1997)
- Fernando Savater: el arte de vivir: Editorial Planeta, S.A. (1996)
- Semearentzako etika: Editorial Ariel, S.A. (1996)
- El mito nacionalista: Alianza Editorial, S.A. (1996)
- Así hablaba Nietzsche: Ediciones Áltera, S.L. (1996)
- Misterios gozosos: antología: Espasa-Calpe, S.A. (1995)
- Diccionario filosófico: Editorial Planeta, S.A. (1995)
- Hernán Cortés (catálogo de exposición): Fundación Colegio del Rey (1992)
- Ciclo conferencias : Enfermos de salud Creaciones Elba, S.A. (1990)
- Levantar los ojos: Hilda-Isabel Pérez Lapastora. Antojos (1988)
- San Sebastián: Ediciones Destino, S.A. (1987)
- Para la anarquía y otros enfrentamientos: Ediciones Orbis, S.A. (1985)
- El juego de los caballos: Ediciones El Observatorio (1984)
- Teoría y presencia de la tortura en España: Editorial Anagrama, S.A. (1983)
- Heterodoxias y contraculturas: Montesinos Editor, S.A. (1982)
- Isabel Villar en el jardín de la madre: Ediciones Rayuela (1978)
- Historia de la Filosofía: Noguer Ediciones, S.A. (1978)
- El preso común en España: Ediciones de la Torre (1977)
- Escritos politeístas: Editora Nacional (1975)

A.2.5. Colaboraciones en medios de comunicación

Columnista habitual del diario *El País* y colaborador de otras publicaciones como *Triunfo*, *Revista de Occidente*, *Quimera*, *Hermano Lobo*, etc. (Véase apartado “Material” en esta memoria).

A.2.6. Obras traducidas por Fernando Savater

- CIORAN, Émile Michel : Adiós a la filosofía y otros textos / trad. del francés. - Madrid : Alianza, 1980. (5ª ed., 1995). (El libro de bolsillo ; 775. Sección humanidades).
- BATAILLE, Georges : La experiencia interior, seguido de Método de meditación y de Post-Scriptum 1953 / trad. del francés. - Madrid : Taurus, 1981. (5ª ed., 1989). (Ensayistas ; 92).
- BATAILLE, Georges : El aleluya y otros textos / trad. del francés. - Madrid : Alianza, 1981. (2ª ed., 1988). (El libro de bolsillo ; 817).
- BATAILLE, Georges : Teoría de la religión / trad. del francés. - Madrid : Taurus, 1981. (3ª ed., 1991). (Ensayistas ; 136).
- BATAILLE, Georges : El culpable ; seguido de El aleluya y fragmentos inéditos/ trad. del francés. - Madrid : Taurus, 1981 (2ª ed.). (3ª ed., 1986). (Ensayistas ; 117).
- DIDEROT, Denis : Escritos filosóficos / trad. del francés. - Madrid : Editora Nacional, 1981 (2ª ed.). (3ª ed., 1983). (Biblioteca de la literatura y el pensamiento universales ; 2).
- VOLTAIRE : Cartas filosóficas / trad. del francés. - Madrid : Editora Nacional, 1983 (2ª ed.). (Biblioteca de la literatura y el pensamiento universales ; 13).
- VOLTAIRE : Cartas filosóficas / trad. del francés. - Torrejón de Ardoz (Madrid) : Akal, 1985. (Akal Bolsillo).
- VOLTAIRE : Cartas filosóficas / trad. del francés. - Madrid : Alianza, 1988. (El libro de bolsillo ; 1309. Sección clásicos).
- DIDEROT, Denis : La paradoja del comediante / trad. del francés. - Barcelona : Mondadori España, 1990. (Oscar Mondadori).
- VOLTAIRE : Cartas filosóficas (selección) / trad. del francés. - Madrid : Cía Europea Comunicación, 1992. (Biblioteca de El Sol).
- CIORAN, Émile Michel : El aciago demiurgo / trad. del francés. - Barcelona : Círculo de Lectores, 1993.
- VOLTAIRE : Cartas filosóficas / trad. del francés. - Barcelona : Altaya, 1993. (Grandes obras del pensamiento; 7).
- VOLTAIRE : Sarcasmos y agudezas / trad. del francés. - Barcelona : Edhasa, 1995. (Aforismos ; 5).
- CIORAN, Émile Michel : Adiós a la filosofía / trad. del francés. - Barcelona : Altaya, 1995.
- BATAILLE, Georges : Sobre Nietzsche : voluntad de suerte / trad. del francés. - Madrid : Taurus, 1972. (5ª ed., 1989). (Ensayistas ; 84).
- CIORAN, Émile Michel : Breviario de podredumbre / trad. del francés. - Madrid: Taurus, 1972. (8ª ed., 1992). (Ensayistas ; 83).
- CIORAN, Émile Michel : La tentación de existir / trad. del francés. - Madrid : Taurus, 1973. (6ª ed., 1988). (Ensayistas ; 98).

- CIORAN, Émile Michel : El aciago demiurgo / trad. del francés. - Madrid : Taurus, 1974. (6ª ed., 1989). (Ensayistas ; 121).

A.2.7. Algunas traducciones de obras de Fernando Savater

Lengua alemana:

- *Versuch über Cioran*. Munich: Raben Verlag, 1985.
- *Ethik f. Erwachsene von morgen*. Bonn: Bundeszentrale f. Politische Bildung, 1993.
- *Sei kein Idiot*. Frankfurt: Campus Verlag, 1994.
- *Darum Erziehung*. Frankfurt : Campus Verlag, 1998.
- *Die Fragen des Lebens*. Frankfurt : Campus Verlag, 2007.
- *Tu was du willst. Ethik für die Erwachsenen von morgen*. Frankfurt : Campus Verlag, 2007.
- *Die Zehn Gebote im 21. Jahrhundert*. Berlin: Wagenbach, 2007.

Lengua inglesa:

- *Childhood Regained: The Art of the Storyteller*. New York: Columbia University Press, 1982.
- *The questions of life: an invitation to philosophy*. Cambridge, UK: Polity; Malden, (MA, EE.UU.): Blackwell, 2002.

Lengua italiana:

- *Invito a l'etica*. Palermo: Sellerio Edizioni, 1984.

Lengua francesa:

- *Philosophie et histoire*. Paris: Ed. Centre Georges Pompidou, 1986.
- *Ethique à l'usage de mon fils - Politique à l'usage de mon fils*. Paris: Seuil, 1996.
- *Penser sa vie*. Paris: Seuil, 2000.

A.3. Tabla I

Tabla I (Parte 1 de 6). Relación cronológica de textos de Fernando Savater relacionados con la enfermedad o la medicina. Se incluyen artículos de publicaciones periódicas, ensayos, conferencias y monografías. Por versión definitiva se entiende la publicada en forma de monografía. Los títulos y textos de las diferentes versiones son idénticos, salvo indicación.

Año de aparición	Título	Versión preliminar	Versión definitiva	Observaciones
1976	“C.J. Jung: un gnóstico contemporáneo”		<i>Apóstatas razonables</i> . Barcelona: Madrágora, 1976 (1ª Ed.); pp. 61-87.	
1983	“Algunas falacias clericales sobre el aborto”	<i>El País</i> , 08-02-83.	<i>Las razones del antimilitarismo y otras razones</i> . Barcelona: Anagrama, 1984 (1ª Ed.); pp. 191-196.	Publicado este mismo texto en <i>El País</i> 08-02-1983, pg. 9, pero con el título “Algunas falacias populares sobre el aborto”.
1984	“La invención del drogadicto”	<i>El País</i> , 03-06-84.	<i>Instrucciones para olvidar el “Quijote”</i> . Madrid: Taurus Ediciones. 1985 (1ª Ed.); pp. 142-145.	
1984	“La incurable adicción a la droga”	<i>El País</i> , 26-04-84.	<i>Instrucciones para olvidar el “Quijote”</i> . Madrid: Taurus Ediciones, 1985 (1ª Ed.); pp. 146-149.	Réplica de José Jiménez Villarejo en <i>El País</i> , 05-07-84, “El drogadicto no es una invención”.
1985	“El año Szasz”	<i>El País</i> , 10-01-85.	<i>Perdonadme ortodoxos</i> . Madrid: Alianza Editorial, 1986 (1ª Ed.); pp. 179-186.	Réplica de J. Vallejo Ruiloba en <i>El País</i> , 26-02-85, “Sobre la psiquiatría y los enfermos mentales”. Réplica de Teresa Santos en <i>El País</i> , 19-01-85, “Savater y la droga”.
1985	“¿Salvación o salud?”	<i>El País</i> , 11-03-85.	<i>Perdonadme ortodoxos</i> . Madrid: Alianza Editorial, 1986 (1ª Ed.); pp. 187-193.	

Tabla I (Parte 2 de 6)

Año de aparición	Título	Versión preliminar	Versión definitiva	Observaciones
1985	“La izquierda y la droga”	<i>Liberación</i> , 1985. Fecha desconocida.	<i>Perdonadme ortodoxos</i> . Madrid: Alianza Editorial, 1986 (1ª Ed.); pp. 194-197.	
1985	“Droga e ideología”	<i>El País</i> , 07-08-85.	<i>Perdonadme ortodoxos</i> . Madrid: Alianza Editorial, 1986 (1ª Ed.), pp.198-201.	
1985	“Paradojas éticas de la salud”.	<i>Leviatán</i> 1985;22:113-120.	<i>El contenido de la felicidad</i> . Madrid: El País/Aguilar, 1986; pp. 141-161.	En la pg. 150 de la versión definitiva hay una nota a pie de pagina que no aparece en la versión preliminar (pg. 116).
1985	“¿Quién teme a Charles Darwin?”	<i>El País</i> , 23-04-85.	<i>El contenido de la felicidad</i> . Madrid: El País/Aguilar, 1986; pp. 183-190.	
1986	“El alma de los brutos”	<i>El País</i> , 14-01-86.	<i>El contenido de la felicidad</i> . Madrid: El País/Aguilar, 1986; pp. 191-198.	
1986	“Últimas noticias sobre la droga”	<i>El País</i> , 18-04-86. <i>Jueces para la democracia</i> 1989;6: 1.015-1.16.	<i>A decir verdad</i> . Madrid: Fondo de Cultura Económica, 1987 (1ª Ed.), pp. 136-141.	
1986	“La medicina: ¿ayuda o coacción?”	<i>El País</i> , 22-05-86.	<i>A decir verdad</i> . Madrid: Fondo de Cultura Económica, 1987 (1ª Ed.); pp. 142-147.	
1987	“La cruzada de las drogas”	<i>El País</i> , 03-01-87.	<i>A decir verdad</i> . Madrid: Fondo de Cultura Económica, 1987 (1ª Ed.); pp. 147-150.	Réplica de Octavio Granado en <i>El País</i> , 09-01-87, “Caballeros andantes”.
1987	“Las drogas sin pánico”		<i>El País</i> , 22-05-87.	Reseña del seminario “Droga y ritual” dirigido por A. Escotado y celebrado en Cuenca bajo los auspicios de la UIMP en mayo de 1987.

Tabla I (Parte 3 de 6)

Año de aparición	Título	Versión preliminar	Versión definitiva	Observaciones
1987	“Las drogas sin pánico”		<i>El País</i> , 22-05-87.	Reseña del seminario “Droga y ritual” dirigido por A. Escobedo y celebrado en Cuenca bajo los auspicios de la UIMP en mayo de 1987.
1988	“¿Enfermedad mental o enfermedad moral?”		<i>Ética como amor propio</i> . Madrid: Mondadori España, 1988 (1ª Ed.); pp. 274-286.	Contrarréplica a J. Vallejo Ruiloba (véase 1986).
1988	“Tesis sociopolíticas sobre las drogas”.		<i>Ética como amor propio</i> . Madrid: Mondadori España, 1988; pp. 287-294.	Según el propio autor (<i>Ética como amor propio</i> , pg. 288) este mismo texto fue publicado dos años antes, pero indica dónde.
1989	“Formas de hablar”		<i>El País</i> , 29-05-89.	
1990	“El Estado Clínico”	<i>Claves de razón práctica</i> 1990; Abril (1):18-24.	<i>Humanismo impenitente</i> . Barcelona: Anagrama, 1990 (1ª Ed.); pp. 127-146.	En <i>Claves de razón práctica</i> suprimió la nota a pie de página de la pg. 139 de <i>Humanismo impenitente</i> : “El caso del montaje policial vergonzoso contra Marion Berry, alcalde negro de Washington, es uno de los más recientes y notables atropellos a la legalidad en nombre de la cruzada contra el vicio”. Savater replica al artículo de J. Mosterín (“Drogadicción y paternalismo”, <i>El País</i> , 25-11-89)

Tabla I (Parte 4 de 6)

Año de aparición	Título	Versión preliminar	Versión definitiva	Observaciones
1990	“Una genealogía de lo inmoral”		<i>Humanismo impenitente</i> . Barcelona: Anagrama, 1990 (1ª Ed.); pp. 147-150.	Apéndice de <i>Humanismo impenitente</i> en que comenta la “Historia de las drogas”, volúmenes I, II y III, de A. Escohotado (Madrid: Alianza, 1989). Luego reunidos en un solo volumen (Madrid: Espasa-Calpe, 1998).
	“La inquietud de Narciso”		<i>Humanismo impenitente</i> . Barcelona: Anagrama, 1990 (1ª Ed.); pp. 163-174.	Reimpreso en <i>Clínica y Análisis Grupal</i> 1993, 15 (64): 335-342.
	“La institución de la inmortalidad”		<i>Humanismo impenitente</i> , Barcelona: Anagrama, 1990 (1ª Ed.); pp. 175-186.	
1991	“Enfermos de salud”		Madrid: Creaciones Elba, 1991.	Monografía de la conferencia con el mismo nombre impartida dentro de la serie “La enfermedad desde el enfermo”, Facultad de Medicina, Universidad de Salamanca.
1991	“Zoología moral”		<i>El País</i> , 10-11-91.	
1991	“¿Qué me pasa, doctor?”		<i>El País</i> , 29-11-91.	
1992	“Thomas Szasz, incómodo y necesario”		Szasz, T. <i>El segundo pecado</i> . Barcelona: Martínez Roca, 1992; pp. 9-11.	Prólogo de Fernando Savater.
1993	“Padres nuestros”		<i>El País</i> , 18-01-93.	
1993	“Problemas clónicos”		<i>El País</i> , 12-12-93.	

Tabla I (Parte 5 de 6)

Año de aparición	Título	Versión preliminar	Versión definitiva	Observaciones
1991	“La salud y los militares”		<i>Fernando Savater</i> . En: Subirats, H. (Ed.): Madrid: AECI, 1991 (1ª Ed.), pp. 59-66.	
1994	“Biología y ética del amor propio”		En: <i>El mundo que viene</i> . Madrid: Fundación José Ortega y Gasset /Alianza Editorial, 1994; pp.125-141.	Publicado también en <i>El contenido de la felicidad</i> . Madrid: El País/Aguilar, 1994.
1994	“¡Pulpables!”	<i>El País</i> , 03-12-94.	<i>Diccionario filosófico</i> . Barcelona: Planeta, 1995 (1ª Ed.); pp. 127-133.	La entrada “Enfermedades” del <i>Diccionario filosófico</i> es el artículo publicado en <i>El País</i> , con texto añadido al final.
1994	“Las cosas del nacer”	<i>El País</i> , 14-08-94. <i>Ciencia Política</i> , 1994; 37:176-178.	<i>Diccionario filosófico</i> . Barcelona: Planeta, 1995 (1ª Ed.); pp. 243-255.	En la entrada “Nacer (1)” del <i>Diccionario filosófico</i> aparece ampliado el texto publicado en <i>El País</i> . Hay una segunda entrada: “Nacer (2)”.
1994	“¡Pulpables!”	<i>El País</i> , 03-12-94.	<i>Diccionario filosófico</i> . Barcelona: Planeta, 1995 (1ª Ed.); pp. 127-133.	La entrada “Enfermedades” del <i>Diccionario filosófico</i> es el artículo publicado en <i>El País</i> , con texto añadido al final.
1995	“¿Vale la pena despenalizar?”		<i>Libre mente</i> . Madrid: Espasa-Calpe, 1995 (1ª Ed.); pp. 121-123.	
1995	“La moral y el SIDA”		<i>Libre mente</i> . Madrid: Espasa-Calpe, 1995 (1ª Ed.); pp. 149-152.	
1995	“Madre dolorosa”		<i>El País</i> , 02-10-95.	
1995	“Las enfermeras... y aquella fragancia”	<i>El País Semanal</i> , 24-09-1995.		

Tabla I (Parte 6 de 6)

Año de aparición	Título	Versión preliminar	Versión definitiva	Observaciones
1997	“Regreso a Erich Fromm”	<i>El País</i> , 16-03-97.	<i>Despierta y lee</i> . Madrid: Alfaguara, 1998 (1ª Ed.); pp. 125-129.	
1998	“Lo moral y lo legal”	<i>El País</i> , 17-02-1998		
2000	“Cuidar al prójimo: compasión con pasión”		Clavé, E. <i>Ante el dolor: reflexiones para afrontar la enfermedad y la muerte</i> . Madrid: Ediciones Temas de Hoy, 2000; pp. 11-14.	
2001	“Jugar a papá y mamá”		<i>El País</i> , 26-08-01.	
2002	“Beneficiarios feroces”		<i>El País</i> , 14-11-02.	
2004	“Enfermedades a la medida”		<i>Interviú</i> , Nº 1.491, 22-11-04.	
2005	“El exceso moral”		<i>El País</i> , 27-06-05	

A.4. Tabla II

Tabla II. Distribución de publicaciones periódicas con mayor número de colaboraciones de Fernando Savater (1974-2008).

Publicación	Bases de datos consultadas		
	ISOC	COMPLUDOC	DIALNET
<i>Arbor</i>	2		
<i>Anthropos</i>	2	2	
<i>Archipiélago</i>	3	8	7
<i>Camp de l'Arpa</i>	3		
<i>Ciencia Política</i>		4	
<i>Claves de razón práctica</i>	11	19	21
<i>Contrastes</i>			3
<i>Cuadernos de Alzate</i>	5		
<i>Cuadernos del Norte</i>	5		
<i>Cuadernos Hispanoamericanos</i>	2		4
<i>El viejo topo</i>	8		
<i>Guadalimar</i>	2		
<i>Ínsula</i>			2
<i>Letra internacional</i>		2	3
<i>Letras libres</i>			8
<i>Leviatán</i>	5		5
<i>Quimera</i>	4		
<i>Revista de filosofía</i>	2		
<i>Revista de Occidente</i>	2	2	8
<i>Sistema: Revista de Ciencias Sociales</i>	2	4	2
<i>Turia</i>		2	2
<i>Vela Mayor: Revista de Anaya Educación</i>	2		
<i>Vuelta</i>		2	
<i>Zona abierta</i>		2	

BIBLIOGRAFÍA

B.1. Fuentes

Ensayo sobre Cioran. Madrid: Espasa-Calpe, 1974.

Apóstatas razonables. Barcelona: Madrágora, 1976.

Las razones del antimilitarismo y otras razones. Barcelona: Anagrama, 1984.

Instrucciones para olvidar el “Quijote”. Madrid: Taurus Ediciones, 1985.

El contenido de la felicidad. Madrid: El País/Aguilar, 1986.

Perdonadme ortodoxos. Madrid: Alianza Editorial, 1986.

A decir verdad. Madrid: Fondo de Cultura Económica, 1987.

Ética como amor propio. Madrid: Mondadori España, 1988.

Filosofía y sexualidad. Barcelona: Anagrama, 1988.

Humanismo impenitente. Barcelona: Anagrama, 1990.

Diccionario filosófico. Barcelona: Planeta, 1995.

Libre mente. Madrid: Espasa-Calpe, 1995.

Despierta y lee. Madrid: Alfaguara, 1998.

Política razonable. Madrid: Triacastela, 2008.

B.2. Bibliografía crítica

- AA.VV. *Pensar la locura. Ensayos sobre Michel Foucault*. Barcelona: Paidós, 1996.
- Albarracín Teulón, A. “La patología en el teatro de Lope de Vega.” *Asclepio* 1952; 4: 407-535.
- Alberti López, L. “La medicina experimental y el naturalismo literario.” *Asclepio* 1958; 10: 3-66.
- Álvarez-Uría, F. “Salud sin limites. Datos para una sociología del proceso de medicalización.” *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría* 1984; 4(9): 4-17.
- Álvarez, J.M^a; Esteban, R. “Entrevista con Rafael Huertas”. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría* 1999;XIX(72):655-668.
- Álvaro, L.C., Martín del Burgo, A. “Trastornos neurológicos en la obra narrativa de Benito Pérez Galdós.” *Neurología* 2007; 22 (5): 292-300.
- Amat, E.; Leal, C. “Muerte y enfermedad en los personajes galdosianos.” *Asclepio* 1965; 17: 181-206.
- Andreasen, NC. “Creativity and mental illness: prevalence rates in writers and their first-degree relatives.” *Am J Psychiatry* 1987; 144: 1.288-92.
- Arias, J. “Programar huérfanos es una barbaridad”. En: *Fernando Savater: el arte de vivir*. (Diálogo con Juan Arias). Barcelona: Planeta, 1996 (1ª Ed.).
- Arrizabalaga, J. “El léxico médico del pasado: los nombres de las enfermedades”. *Panace@. Boletín de Medicina y Traducción*, 2006; 7(24): 242-249.
- Arrizabalaga, J. “Problematizing retrospective diagnosis in the history of disease.” *Asclepio*, 2002, 54 (1): 51-70.
- Arrizabalaga, J. “Nuevas tendencias en la historia de la enfermedad: a propósito del constructivismo social.” *Arbor* 1992; CXLII (558-560): 147-165.
- Arrizabalaga, J. “La teoría de la ciencia de Ludwik Fleck (1896-1961) y la historia de la enfermedad.” *Dynamis* 1987-88; 7-8: 473-481.
- Ávila, R. *El intelectual y su memoria*. Granada: Universidad de Granada, 2006.
- Baca, E.; Lázaro, J. (Eds.). *Hechos y valores en psiquiatría*. Madrid: Triacastela, 2003
- Bailón Blancas, J. “Aproximación a la psicología y psicopatología en la novela Galatea de Miguel de Cervantes.” *Psicopatología* 2000; 20(4): 317-331.
- Barcia Salorio, D., Gayral, L. “Sobre la realidad clínica de *El licenciado vidriera* de Miguel de Cervantes.” *Psicopatología* 1988; 8(4): 237-245.
- Barnatán, M.R. *Fernando Savater contra el Todo*. Madrid: Anjana Ediciones, 1984.
- Barona, J.L. “Hacer ciencia de la salud: los diagnósticos y el conocimiento científico de las enfermedades”. *Panacea. Boletín de Medicina y Traducción*. 2004; 5(15): 37-44.
- Bernabeu-Mestre, J. “La actualidad historiográfica de la historia social de la enfermedad”. *Revista de Demografía Histórica* 1989; 7(3):23-36.

- Bernabeu-Mestre, J; Cid Santos, A.P., Esplugues Pellicer, J.X., Galiana-Sánchez, M.E. "Categorías diagnósticas y género: los ejemplos de la clorosis y la neurastenia en la medicina española contemporánea (1877-1936). *Asclepio* 2008; LX (1): 83-102.
- Blakemore, C. "Los extravagantes y creativos genes de los genios." *Diario Médico*, 7-3-2008.
- Bueno Martínez, G. "Sobre el concepto de *ensayo*". En: *El Padre Feijoo y su siglo*. Simposio celebrado en la Universidad de Oviedo del 28 de septiembre al 5 de octubre de 1964. Tomo 1, pp. 89-112.
- Bynum, W.F. "Rationales for therapy in british psychiatry: 1780-1835". *Med Hist* 1964;18:317-334.
- Cabrera Bonet, R.; Torrecilla Jimenez, J.M. *Manual de drogodependencias*. Madrid: Cauce Editorial, 1998.
- Cámara Díez, E. "De la medicalización de la vida a los determinantes sociales de la salud". *Jano* 2007; 1.672: 44-47.
- Campagne, F.A. "Medicina y religión en el discurso antisupersticioso español, S. XVI-XVIII". *Dynamis* 2000; 20: 417-46.
- Campos Marín, R.; Huertas García-Alejo, R. "Los lugares de la locura: reflexiones historiográficas en torno a los manicomios y su papel en la génesis y el desarrollo de la psiquiatría." *Arbor* 2008; 731: 471-480.
- Campos Martín, R. "Algunas reflexiones sobre la biografía divulgativa. Los casos de Monlau, Rubio y Giné". *Asclepio* 2005; 57 (1): 149-165.
- Cañeque, C.; Grau, M. *Cioran: el pesimista seductor*. Barcelona: Sirpus, 2007.
- Carrillo, J.L. "La clorosis, ¿conquistada o retirada del campo de batalla?: una aproximación al caso español." *Medicina e Historia* 2006; 4: 1-15.
- Casado Naranjo, I., López Viñas, F. y cols. "Galdós y el primer caso de narcolepsia descrito en España." *Revista de Neurología* 1996; 24 (136): 1.558-1.560.
- Cechetto, S. "Reportaje a Fernando Savater." *Lote* N° 9, Enero-Febrero 1998. Revista electrónica. <http://www.fernandopeirone.com.ar/Lote/nro009/r1009.htm>
- Cervantes Saavedra, M. *El Quijote*. Madrid: Alfaguara, 2005.
- Colina, F.; Jalón, M. "Entrevista a Fernando Savater." *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría* 1994; (49): 329-337.
- Colodrón, A. *La condición esquizofrénica*. Madrid: Triacastela, 2002.
- Corral Márquez, R., Tabarés Seisdedos, R. "Aproximación psicopatológica a El Quijote (según la nosología psiquiátrica actual)." *Revista de la AEN* 2003; 22(85): 27-57.
- David Peyre, Y. "Un caso de observación clínica en Tirso de Molina." *Asclepio* 1968; 20: 221-233.
- De la Mata Ruiz, I.; Ortiz Lobo, A. "Industria Farmacéutica y Psiquiatría". *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría* 2003; 23(86): 49-71.
- De la Mata Ruiz, I; Ortiz Lobo, A. "La colonización psiquiátrica de la vida". *Archipiélago. Cuadernos de crítica de la cultura* 2007; 76: 39-50.
- De Lorenzo-Cáceres Ascanio, A; Otero Puime, A "Publicaciones sobre evaluación de la atención primaria en España tras veinte años de reforma (1984-2004)". *Rev Esp Salud Pública* 2007; 81: 131-145.

De Olaso, E. "El 'Scepticismo filosófico' de Feijoo y la medicina. Nuevas indagaciones sobre la tipología del escepticismo moderno". *Asclepio*, 1976, 28: 291-299.

Delibes, M. *Cartas de un sexagenario voluptuoso*. Madrid: Club Internacional del Libro, 1997.

Di Trocchio, F. *Las mentiras de la ciencia*. Madrid: Alianza Editorial, 2002.

Dirckx, J.H. "Feijóo on the limitations of medical science". *Am J Dermatopathol* 1986; 8(5): 440-444.

Dworkin, R. *El dominio de la vida*. Barcelona: Ariel, 1994.

Documentos COM 2007; 199:1-18.

Domenech Montagut, A. *Género y enfermedad mental, trastornos psíquicos en las novelas de Emilia Pardo Bazán*. Córdoba: Universidad de Córdoba, 2001.

Domenech Montagut, A. *Medicina y enfermedad en las novelas de Emilia Pardo Bazán*. Valencia: Centro Francisco Tomás y Valiente, 2000.

Dorland Diccionario Médico. Madrid: Interamericana-McGraw Hill (23ª Ed.), 1998.

Eco, U. "El mago y el científico". *El País*, 15-12-2002.

Eco, U. *Cómo se hace una tesis*. Barcelona: Gedisa, 1998.

Escohotado, A. "Medicina y disuasión / 1", *El País*, 23-7-1985.

Escohotado, A. "Medicina y disuasión / 2", *El País*, 24-7-1985.

Espada, A. "Savater: escritor de periódicos". En: Giménez García, F.; Ujaldón Benítez, E. (Coord.). *Libertad de filosofar: ética, política y educación en la obra de Fernando Savater*. Barcelona: Ariel, 2007 (1ª Ed.): 67-79.

Estellés, A. "La medicina en las novelas sociales y valencianas de Blasco Ibañez." *Medicina e Historia* (2): 1971; 7-26.

Feijoo, B. *Teatro crítico universal*. Madrid: Castalia, 1986.

Fernández, P. "Scientia sexualis y saber psiquiátrico en la novela naturalista decimonónica." *Asclepio* 1997; 49 (1): 227-244.

Foucault, M. "Historia de la medicalización." *Educ Med Salud* 1977; 11(1): 3-25.

Foucault, M. "La crisis de la medicina o la crisis de la antimedicina". *Educ Med Salud* 1976; 10(2): 152-170.

Freedman, A.M., Kaplan, H.I., Sadock, B.J. *Compendio de psiquiatría*. Barcelona: Salvat Editores, 1977.

Frojan Parga, M.X., Rubio, P.; Peris, B. "La imagen de la droga en la prensa española (1988-1992)". *Rev. Esp. Drogodep.* 1994; 19 (3): 191-204.

Gallagher, D. "Midnight toker". *The Times Literary Supplement*, November 28, 2003.

García Sánchez, Javier (Comp.). "Fernando Savater: la solitaria lucha del pensador de fondo". En: *Conversaciones con la joven filosofía española*. Barcelona: Ediciones Península, 1980.

Gérvas, J; Pérez Fernández, M. "Las hiperlipemias y la prevención primaria de la cardiopatía isquémica". *Med Clin (Barc)* 1997; 109: 549-552.

Gómez Fera-Prieto, I., Soler Company, E. y cols. "Un trastorno delirante celotípico en una novela de

- Pérez Galdós.” *Informaciones Psiquiátricas* 1996; (144): 193-197.
- Gómez-Santos, M. *Severo Ochoa y España*. Madrid: Trotta, 2005.
- González de Pablo, Á. “El sentido de la enfermedad en la obra de Luis Martín-Santos.” *Asclepio* 1998; 50(1): 79-102.
- González Duro, E. “Asistencia psiquiátrica madrileña a fines del siglo XIX”. *Medicina e Historia* 1975; 50: 1-24.
- Gracia, J.; Ródenas de Moya, D. (Coord.). “Razones y sinrazones de una última encuesta.” *Quimera* 2006; (269-270): 11-26.
- Gracia, D.; Lázaro, J. “La relación médico-enfermo a través de la historia”. *An. Sist. Sanit. Navar.* 2006; 29 (Supl. 3): 7-17.
- Gracia, D. *Fundamentos de bioética*. Madrid: Triacastela, 2007.
- Grange, K.M. “Pinel or Chiarugi?”. *Med Hist* 1963 (7): 371-80.
- Granjel, L. S. “Felipe Trigo. Medicina y literatura.” *Cuadernos de Historia de la Medicina Española* 1974; 13: 371.
- Granjel, L. S. “La personalidad médica de Pío Baroja.” *Asclepio* 1951; 3: 169-204.
- Granjel, L. S. “Los médicos ante el Quijote.” *Medicina e Historia* 1976; (53): 7-26.
- Granjel, L. S. “Personajes médicos en Galdós”. *Cuadernos Hispanoamericanos* 1970-1971; (250-252): 656-663.
- Granjel, L. S. “El médico galdosiano”. *Asclepio* 1954; 6: 163-176.
- Granjel, L. S. “La figura del médico en el escenario de la literatura picaresca española.” *Medicina e Historia* 1966; 19:2-15.
- Hernández Sandoica, E. “La biografía, entre el valor ejemplar y la experiencia vivida”. *Asclepio* 2005; 57 (1): 23-41.
- Higuero, F.J. “Conceptualización intertextual de la voluntad de poder en *La tarea del héroe* de Savater”. En: Villegas, J. (Ed.). *Actas del XI Congreso de la Asociación Internacional de Hispanistas* (1992), Vol. IV; 212-210..
- Huertas, R. “Estrategias profesionales y retóricas de legitimación de la medicina mental española del siglo XIX”. *Cuad. Psiquiatr. Comunitaria* 2002; 2(2):92-106.
- Huertas, R. “Foucault, treinta años después. A propósito de *El poder psiquiátrico*.” *Asclepio* 2006; LVIII (2): 267-275.
- Huertas, R. *Los médicos de la mente*. Tres Cantos: Nivola, 2002.
- Ilundain, E.; Markez, I. “Salas de consumo : entre innovación y mal menor en políticas de drogas”. *Adicciones* 2005; 17 (Supl. 2): 287-297.
- Jamison, KR. “Mood disorders and patterns of creativity in British writers and artists.” *Psychiatry* 1989; 52: 125-34.
- Knapp, M; McDaid, D; Mossialos, E.; Thornicroft, G. *Salud mental en Europa: políticas y práctica*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007.
- Lázaro, J. “Críticas actuales al psicoanálisis”. *Jano* 2004; 1.534:1.099-1.100.

- Lázaro, J. "Defensa actual del psicoanálisis". *Jano* 2004; 1.535: 1.139-1.140.
- Lázaro, J. "La recepción de Freud en la cultura española (1893-1983)". *Medicina e Historia* 1991; 41: 1-16.
- Lázaro, J; Bujosa, F. *Historiografía de la psiquiatría española*. Madrid: Triacastela, 2000.
- Lázaro Carreter, F. *El nuevo dardo en la palabra*. Madrid: Alianza Editorial, 2005.
- Ley 14/1986 General de Sanidad, de 25 de Abril de 1986 (BOE N° 101 de 29 de Abril de 1986).
- Locutura, J; Grijelmo, A. "Defensa apasionada del idioma español, también en medicina". *Panace@* 2001; 2 (4): 51-55.
- López Méndez, H. "La medicina en El Quijote". *Actas Luso-Españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias Afines* 1971; 30(1): 35.
- López Piñero, J.M. *Antología de clásicos médicos*. Madrid: Triacastela, 1998 (1ª Ed.).
- López Piñero, J.M. *Santiago Ramón y Cajal*. Valencia: Publicaciones de la Universidad de Valencia, 2006; Granada: Editorial Universidad de Granada, 2006.
- López Piñero, J.M.; Terrada, M.L. *Introducción a la medicina*. Barcelona: Crítica, 2000.
- Lynch, E. "El alma de la opinión". *Revista de Occidente* 1991; 116: 67-77.
- Marichal, J. "El auge del ensayo en la España transterrada". *Revista de Occidente* 1991 (117): 5-11.
- Markez, I. "Aspectos sanitarios de la reducción de daños y riesgos en época de globalización." *Eguzkilore* 2002; (16): 137-151.
- Márquez, S.; Meneu, R. "La medicalización de la sociedad y sus protagonistas". *Eikasia. Revista de Filosofía* 2007; 2 (8): 65-86.
- Martín Zurro, A.; Cano Pérez, J.F. (Eds.). *Atención Primaria*. Barcelona: Harcourt, 1999.
- Martínez Gorriarán, C. "Fernando Savater y su obra: una actualización fundamental de la filosofía". En: Giménez García, F.; Ujaldón Benítez, E. (Coord.). *Libertad de filosofar: ética, política y educación en la obra de Fernando Savater*. Barcelona: Ariel, 2007 (1ª Ed.): 119-143.
- Martín-Santos Laffón, L. "Últimos libros y semblanza de Luis Martín-Santos." *Norte de Salud Mental* 2006; (25): 105-108.
- Medrano, J. "Genio y enfermedad mental." 25.1.04. www.ome-aen.org
- Mendez Baiges, V. "Reducir el daño o combatir el mal". En: Casado, M. (Coord.). *Bioética, derecho y sociedad*. Madrid: Trotta, 1998: 185-220.
- Montiel, L. "Biografías médicas. Una reflexión desde la ambigüedad". *Asclepio* 2005; 57 (1): 43-53; pp. 52-53.
- Morales, B., Maestre, J. F. y cols. "First description of myasthenia gravis in Spain." *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1991; 54(9): 846.
- Morera Pérez, B. "Aspectos bioéticos de la asistencia al drogodependiente". *Adicciones* 2000; 12(4): 515-526.
- Muñoz Molina, A. "Duelo o placer de la escritura." *El País*, 8-07-1986.
- Ortega y Gasset, J. *¿Qué es filosofía?*. Madrid: Espasa-Calpe, 1973.

Ortiz Armengol, P. *Vida de Galdós*. Barcelona: Crítica, 1995.

Ortiz Lobo A; González González, R.; Rodríguez Salvanés, f.. "La derivación a salud mental de pacientes sin un trastorno psíquico diagnosticable". *Aten Primaria* 2006; 38(10): 563-9.

Ortiz Lobo, A.; Lozano Serrano, C. "El incremento de la prescripción de antidepresivos". *Atención Primaria* 2005; 35(3): 152-5.

Parras Vázquez, F. "Epidemiología del SIDA en España". En: Picazo, J.J.; Romero Vivas, J. (Coord.) *Hepatitis y SIDA*. Madrid: Centro de Estudios de Ciencias de la Salud, 1997.

Pereda, R.Mª (Entrev.) "El pensador que interviene: Entrevista con Fernando Savater". *Letra Internacional*, 2003; 78: 20-29.

Pereiro Gómez, C.; Bermejo Barrera, A. "Daños relacionados con el consumo de cocaína: la punta del iceberg es lo que vemos". *Adicciones* 2008; 20(1): 15-18.

Pérez Calleja, I.J. "Fernando Savater frente a la actualidad: ¿prohibido prohibir? o acerca de la despenalización frente al estado clínico." *Araucaria. Revista Iberoamericana de Filosofía, Política y Humanidades*. 2007; 17: 56-57.

Peset, J.L. "Ciencia y vida: ¿una imposible conjunción?". *Asclepio* 2005; 57 (1): 9-21.

Peset, J.L. "La historia de la psiquiatría vista por un historiador". En: *Átopos. Salud mental, comunidad y cultura* 2003; 1(1): 25-32.

Peset, J.L. "La revolución hipocrática de Philippe Pinel". *Asclepio* 2003; 55(1): 263-280.

Peset, J.L. "Pío Baroja, ese pequeño buscador de almas". *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* 2007; XXVII (99): 161-167.

Pillorget, R. "La biografía, género histórico. Evolución reciente en Francia." En: *Las individualidades en la historia*. Pamplona: Ediciones de la Universidad de Navarra, 1985: 81-114.

Poch, J. "El grupo de las psicoterapias". En: Vallejo Ruiloba, J. *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*. Barcelona: Masson, 1998 (3ª Ed.): 731-753.

Poole, R. "'Kind of Blue': creativity, mental disorder and jazz." *Br J Psychiatry* 2003; 183: 193-194.

Porter, R. "The patient's view: doing medical history from below." *Theory Soc* 1985;(14):175-198.

Post, F. "Creativity and psychopathology. A Study of 291 world-famous men." *Br J Psychiatry* 1994; 165: 22-34.

Pozuelo Yvancos, J.Mª. "El género literario *ensayo*". En: Cervera V, Hernández B, Adsuar, M.D. "El ensayo como género literario". Murcia: Universidad de Murcia, 2005: 179-191.

Quevedo, F. *Libro de todas las cosas y otras muchas más*. Madrid, Edimat Libros, 2000.

Rendueles Olmedo, G. "Ventajistas: de la fibromialgia a la histeria pasando por la simulación." *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría* 2004; 24(90): 75-81.

Rojo, J.E. "Tratamientos físico-biológicos". En: Vallejo Ruiloba, J. *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*. Barcelona: Masson, 1998 (4ª Ed.): 821-830.

Romero Vallecillos, M; Oviedo-Joekes, E.; Mach Cerdà, J.C.; Markez Alonso, I. "Programas de jeringuillas". *Adicciones* 2005; (17): 257-275.

- Roth, M. "Schizophrenia and the Theories of Thomas Szasz". *Br J Psychiatry* 1976 ;129 :317-26 ; p. 317.
- Russell, B. *La conquista de la felicidad*. Madrid: Diario El País, 2003.
- Saiz Aranguren, J.A. *La voluntad de excelencia. El proyecto ético en Fernando Savater*. Tesis Doctoral, Universidad del País Vasco, 2003.
- San Molina, L. "Evolución de la dependencia de heroína y su asistencia en España". *Adicciones* 2005; 17 (Supl. 2): 9-19.
- Sánchez Ron, J.M. *El canon científico*. Barcelona: Crítica, 2006 (2ª Ed.).
- Scully, A. "Los endeble cimientos del monumento foucaultiano". *Revista de Libros* 2008; (135): 27-30.
- Sen, A. "Health: perception versus observation." *BMJ* 2002; 324: 860-861.
- Smith, R. "In search of non-disease". *BMJ* 2002; 324:883-5.
- Soriano, R.; Dorado, M. "VIH/SIDA y reducción de daños entre usuarios de drogas inyectables." *Alternativas: cuadernos de trabajo social* 2000; 8: 231-257.
- Subirats, H. "Laudatio Savater". *Araucaria* 2007; 9 (17): 76-81.
- Szasz, T. *El Mito de la Enfermedad Mental*. Barcelona: Círculo de Lectores, 1999.
- Tharyan P, Adams CE. "Terapia electroconvulsiva para la esquizofrenia" (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, número 4, 2007. Oxford, Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2007 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- Thiebaut, C. "¿Qué es egoísmo en ética?". *Isegoria* 1990; 1: 170-175.
- Thomasma, D.C.; Kushner, T. *De la vida a la muerte. Ciencia y bioética*. Madrid: Cambridge University Press, 1999.
- Tizón, J.L. "De los procesos de duelo y la medicalización de la vida". *Jano* 2006; 1.618.
- Tubert, S. "*Fluctuat nec mergitur*. El psicoanálisis en el siglo XX". *Arbor* 2007; 723: 7-25.
- Ullman, J. C., G. H. Allison (1974). "Galdós as psychiatrist in *Fortunata y Jacinta*." *Anales Galdosianos* 1974; IX: 7-36.
- Umbra, F. "Diccionario de literatura". Barcelona: Planeta, 1995.
- Urraca Martínez, S. (Ed.). *Eutanasia hoy, un debate abierto*. Madrid: Noesis, 1996.
- Valdés Miyar, J. (Coord.). *Diccionario de psiquiatría*. Barcelona: Masson, 1996.
- Vallejo Ruiloba, J. "Análisis de los componentes afectivos en la novela de Martín-Santos." *Psicopatología* 1986; 6(1): 157-163.
- Vallejo Ruiloba, J. "Mito y realidad de la terapéutica electroconvulsiva". *Med Clin (Barc)* 1983; 81: 345-346.
- Vallejo Ruiloba, J. *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*. Barcelona: Masson-Salvat, 1991 (3ª Ed.).
- Vallejo Ruiloba, J. *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*. Barcelona: Masson, 1998 (4ª Ed.).

Vallejo-Nágera, J.A. *Locos egregios*. Barcelona: Planeta, 1993 (11ª Ed.).

Van der Meersch, M. *Cuerpos y almas*. Barcelona. Plaza y Janés, 1991.

Villanueva Edo, A. "La medicina en la obra de Cervantes." *Gaceta Médica de Bilbao* 1979; 76(3-4): 271.

Villanueva Edo, A.. "Visión de la medicina barroca a través de algunos escritos de Francisco de Quevedo." *Gaceta Médica de Bilbao* 1982; 79(4): 263-272.

Wills, G.I. "Forty lives in the bebop business: mental health in a group of eminent jazz musicians." *The British Journal of Psychiatry* 2003; 183: 255-259.

Wodak, A; Cooney, A. "Do Needle Syringe Programs Reduce HIV Infection Among Injecting Drug Users: A Comprehensive Review of the International Evidence". *Substance Use & Misuse* 2006; 41(6-7): 777-813.

Wulff, H.R.; Pedersen, S.A.; Rosenberg, R. *Introducción a la filosofía de la medicina*. Madrid: Triacastela, 2002.